



Escuelas Públicas de Gahanna-Jefferson

Excursiones de campo y otras excursiones patrocinadas por el distrito

2340

R.C. 3327.15

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA EXCURSIÓN CON PERNOCTACIÓN PATROCINADA POR EL DISTRITO

SOLICITUD DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS CON RECETA Y SIN RECETA POR PARTE DEL PERSONAL ESCOLAR
PERMISO PARA POSEER Y USAR INHALADOR PARA ASMA O AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Excursión patrocinada por el distrito: _____ Fecha(s) de la excursión: _____

Instrucciones de las secciones

Sección I - Solicitud de administración de medicamentos con y sin receta

Esta sección debe incluir una lista de todos los medicamentos que se espera que su hijo tome durante esta excursión patrocinada por el distrito, en presencia del personal de la escuela y según lo prescrito por un profesional de la salud autorizado para recetar medicamentos ("prescriptor"). Al completar esta sección:

A.) Si marca "sí" para todos los medicamentos, no tendrá que completar ningún formulario más.

B.) Si marca "no" para alguno de los medicamentos de su hijo, presente una *Solicitud de administración de medicamentos con y sin receta por parte del personal escolar* (formulario 5330 F1)

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. Siga las instrucciones del coordinador de la excursión y de la enfermera de la escuela para conocer los procedimientos de entrega y recogida de medicamentos.

Sección II - Permiso para llevar y administrar medicamentos por sí mismo

Esta sección debe incluir una lista de inhaladores para el asma y autoinyectores de epinefrina que su hijo puede llevar y usar, según sea necesario, y según lo prescrito por un profesional de la salud autorizado para recetar medicamentos ("prescriptor"). Al completar esta sección:

A.) Si marca "sí" para el inhalador para el asma y/o epipen, no tiene que hacer nada más

B.) Si marca "no", presente la *Autorización para la posesión y uso de inhaladores para el asma* (formulario 5330 F3) o la *Autorización para la posesión y uso del autoinyector de epinefrina (epipen)* (formulario 5330 F4), según corresponda.

Sección III - Permiso de los padres/tutores

Esta sección debe ser completada y firmada por el padre/tutor del estudiante.

*Para el cuidado de la diabetes, los estudiantes deben contar en su expediente con un **Consentimiento de los padres y autorización del proveedor de atención médica autorizado para el control de la diabetes en la escuela** (formulario 5330 F1dm), de conformidad con la Política de la Junta 5336.*

I. Solicitud de administración de medicamentos con y sin receta

Por favor, enumere todos los medicamentos del estudiante que solicita que sean administrados por el personal de la escuela (sin incluir inhaladores para el asma ni autoinyectores de epinefrina)

El estudiante mencionado anteriormente debe recibir los siguientes medicamentos (con o sin receta) durante la excursión con pernoctación patrocinada por el distrito, por o en presencia del personal de la escuela, según las indicaciones del prescriptor:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO (con y sin receta):	La Solicitud de administración de medicamentos con y sin receta por parte del personal escolar (formulario 5330 F1) ha sido completada por el prescriptor y el padre/tutor y está archivada en la clínica de la escuela de mi hijo:
	<ul style="list-style-type: none">• SÍ• NO
	<ul style="list-style-type: none">• SÍ• NO
	<ul style="list-style-type: none">• SÍ• NO
	<ul style="list-style-type: none">• SÍ• NO
	<ul style="list-style-type: none">• SÍ• NO
	<ul style="list-style-type: none">• SÍ• NO
	<ul style="list-style-type: none">• SÍ• NO
	<ul style="list-style-type: none">• SÍ• NO

*Si marca "no" para alguno de los medicamentos de su hijo, presente una Solicitud de administración de medicamentos con y sin receta por parte del personal escolar (formulario 5330 F1).

II. Autorización para la posesión y el uso por parte del estudiante de un inhalador para el asma y/o un autoinyector de epinefrina

Se ha concedido permiso previo al estudiante arriba mencionado para llevar y usar los siguientes medicamentos de emergencia según las indicaciones del prescriptor:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO QUE PORTA EL ESTUDIANTE	La Autorización para la posesión y uso de inhaladores para el asma (formulario 5330 F3) o la Autorización para la posesión y uso del autoinyector de epinefrina (epipen) (formulario 5330 F4) ha sido completado por el prescriptor y el padre/tutor, y está archivado en la clínica de la escuela de mi hijo:
	<ul style="list-style-type: none">• Sí• NO
	<ul style="list-style-type: none">• Sí• NO

*Si marca "no", presente la *Autorización para la posesión y uso de inhaladores para el asma* (formulario (5330 F3) o la *Autorización para la posesión y uso del autoinyector de epinefrina (epipen)* (formulario 5330 F4), según corresponda.

Solo se autorizará la posesión de medicamentos en su envase original, etiquetados con la fecha (si se trata de una receta), el nombre del estudiante y la dosis exacta. Siga las instrucciones del coordinador de la excursión y de la enfermera de la escuela para los procedimientos de entrega, recogida y transporte personal de medicamentos.

III. PERMISO DEL PADRE/TUTOR

Por la presente, doy permiso para que mi hijo nombrado arriba (marque todo lo que corresponda):

- **Reciba los medicamentos enumerados anteriormente en la Sección I administrados por personal escolar designado de acuerdo con las órdenes escritas específicas de nuestro profesional de la salud autorizado**
- **Lleve consigo y use su inhalador para el asma o epipen enumerados anteriormente en la Sección II**
- **Se encargue de su propia atención de la diabetes de acuerdo con las órdenes escritas específicas de nuestro profesional de la salud autorizado**

Entiendo que soy responsable de la entrega de este medicamento de acuerdo con el procedimiento de entrega de medicamentos para la excursión, y acepto recoger y llevarme a casa cualquier medicamento no utilizado de la clínica de la escuela al final de esta excursión. Acepto presentar todos los formularios requeridos si marqué "no" junto a alguno de los medicamentos enumerados anteriormente.

Doy mi consentimiento para la comunicación entre el prescriptor o su clínica, la enfermera de la escuela, el coordinador de la excursión 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: _____

