

2024-2025

BCSD Medicamentos recetados

IHP
EAP

Permiso para la administración escolar

Debe ser completado por el proveedor de atención médica del niño y el padre / tutor legal

Por favor tenga en cuenta lo siguiente:

- Los medicamentos deben ser administrados por un padre/tutor legal antes o después del horario escolar, cuando sea posible.
- Los medicamentos deben ser llevados a la enfermera de la escuela por un adulto responsable. (No envíe medicamentos con un niño).
- Todos los medicamentos recetados deben proporcionarse a la escuela en el envase original con la etiqueta emitido por el farmacéutico y acompañado de este formulario de permiso. (la etiqueta y la orden del proveedor de atención médica en este formulario deben coincidir)
- Cualquier sustancia controlada recetada debe ser llevada a la enfermera de la escuela por el padre / tutor legal cuando se llena la receta cada mes y debe proporcionarse a la enfermera de la escuela en el recipiente etiquetado de farmacia más reciente.
- El medicamento de "muestra" debe proporcionarse en un recipiente debidamente etiquetado, que identifique el medicamento y debe ir acompañado de una nota firmada y fechada por el proveedor de atención médica que incluya el nombre del estudiante y las instrucciones para la administración adecuada, junto con este formulario de permiso.
- Los medicamentos / sustancias a base de hierbas no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por sus siglas en inglés y no serán administrados por la enfermera de la escuela.
- Las primeras dosis de un medicamento que un niño nunca ha recibido no se administrarán en la escuela.
- BCSD puede rechazar solicitudes para que ciertos medicamentos se administren en la escuela.
- Este formulario sigue siendo válido y vigente si el niño se transfiere a otra escuela dentro de BCSD para el año escolar actual.
- DEBE completar un formulario separado para cada medicamento que se administrará en la escuela.

Nombre completo del Niño: _____

Nivel de grado: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Género: Masculino Femenino**Section below must be completed and signed by the child's HEALTHCARE PROVIDER:**

Name of Prescription Medication to be given at school:		Reason(s) for this Medication to be given at school:
Prescribed Dose/Strength : (i.e. 50 mg, mcg, grams)	Amount to be given at School: (i.e., 1 tab, 5 ml, 0.5 tab, 2 puffs)	Frequency or Time to be given at school: (For time, please specify preferred time. "Lunch" times vary from 10:30a-1p)
Prescribed Route :	Controlled Substance : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Number of days medication is to be given at school: <input type="checkbox"/> until the end of the current school year <input type="checkbox"/> _____ day(s)
List possible side effects from this medication:		Special Storage Required : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes _____

Prescribing Health Care Provider's Name & Office: *(please print or stamp)* Office Phone: _____

Fax: _____

Signature of Healthcare Provider: _____

Date: _____

* Por favor tenga en cuenta que este formulario solo es válido si está firmado y fechado a partir del 1 de julio para el próximo año escolar**La siguiente sección debe ser completada y firmada por el PADRE / ENCARGADO LEGAL:**

¿Este niño tiene alguna alergia conocida ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (En caso afirmativo, enumere todas las alergias conocidas y el tipo de reacción(es): _____)
¿Este niño toma algún medicamento adicional en casa o en la escuela ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (En caso afirmativo, enumere los medicamentos que toma en casa): _____

Entiendo y estoy de acuerdo con todo lo siguiente:

- Doy permiso para que mi hijo reciba el medicamento anterior según lo prescrito mientras está en la escuela según las políticas de BCSD.
- Doy permiso para que se intercambie información sobre este medicamento y/o la salud de mi hijo entre la enfermera de la escuela BCSD o el empleado designado de BCSD y/o el proveedor de servicios médicos, el farmacéutico que surtió esta receta y/o su designado.
- Además, doy permiso para que la información sobre mi hijo se comparta con personas que legítimamente necesitan saber para la seguridad y el bienestar de mi hijo.
- Estoy de acuerdo en permitir que los medicamentos de los estudiantes viajen con el maestro / personal en las excursiones, si el tiempo de medicación ocurre durante la excursión.
- Estoy de acuerdo en seguir las políticas de BCSD con respecto a los medicamentos.
- Estoy de acuerdo en que es mi responsabilidad proporcionar a la escuela los medicamentos para mi hijo y cualquier suministro necesario.
- Estoy de acuerdo en que es mi responsabilidad notificar a la escuela si la salud y / o los medicamentos de mi hijo cambian de alguna manera.

Firma del padre/encargado

Nombre (Impreso) del padre/encargado

Fecha

Número de Teléfono