



Autorización para la administración de medicamentos por el personal de la escuela

Estudiante correcto	Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
Medicación adecuada	Nombre del medicamento:	
Dosis correcta	Dosis del medicamento [en mg o unidades, por ejemplo, no "1 pastilla"] (Cuánto):	
Razón correcta	Motivo de la medicación (por qué se necesita medicación):	
Ruta correcta	Vía de medicación: <input type="checkbox"/> Oral (por vía oral) <input type="checkbox"/> Cutáneo (piel) <input type="checkbox"/> Inhalado <input type="checkbox"/> Ótico (oídos) <input type="checkbox"/> Ocular (ojos) <input type="checkbox"/> Nasal (nariz) <input type="checkbox"/> Sublingual (debajo de la lengua) <input type="checkbox"/> Bucal (en la mejilla) <input type="checkbox"/> Transdérmico inhalado <input type="checkbox"/> (parche) Autorización separada para procedimientos asociados: <input type="checkbox"/> Medicación <input type="checkbox"/> rectal nebulizada <input type="checkbox"/> inyectable	
Momento adecuado	Medicación diaria: Tiempo que se debe administrar:	
	Frecuencia de la medicación (con qué frecuencia):	Duración de la medicación (cuánto tiempo):
	<input type="checkbox"/> Según sea necesario Medicamento "PRN": Condiciones bajo las cuales se debe administrar el medicamento:	
Receta	De acuerdo con: <input type="checkbox"/> Etiqueta <input type="checkbox"/> de prescripción de farmacia Orden escrita del médico	
Sin receta médica	Consistente con: <input type="checkbox"/> Etiqueta de Medicamento Preparado Comercialmente	
Automedicación	<input type="checkbox"/> Por favor, permita que mi estudiante se autoadministre este medicamento (Acuerdo completo de automedicación del estudiante en el reverso de este formulario)	
Autorización	<i>Por la presente, otorgo mi permiso al distrito escolar y a los empleados designados para administrar el medicamento recetado anteriormente a mi hijo durante el día escolar y durante las actividades patrocinadas por la escuela. Entiendo que es mi responsabilidad volver a surtir la mediación y proporcionar a la escuela una nueva autorización de medicación y una actualización por escrito de los cambios en la medicación.</i>	
	Firma del Padre/Tutor	Fecha:
Personal de la escuela (Inicial)	_____ form completed/successful _____ medication received as required _____ Inventory _____ Medication Record of Administration _____ reference to RN	

Los medicamentos administrados en la escuela deben ser necesarios para que el estudiante permanezca en la escuela y solo pueden administrarse exactamente como se recetaron o como se indica en el envase. [OAR 581-021-0037]. La autorización escrita de los padres es un requisito para la administración de medicamentos en el entorno escolar. Los medicamentos no vencidos deben ser traídos a la escuela por los padres en el envase original con una receta intacta o una etiqueta comercial.