



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

<b>Estudiante correcto</b>	<b>Nombre del estudiante:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Medicación adecuada</b>	<b>Nombre del medicamento:</b>	
<b>Dosis correcta</b>	<b>Dosis del medicamento [en mg o unidades, por ejemplo, no "1 pastilla"] (Cuánto):</b>	
<b>Razón correcta</b>	<b>Motivo de la medicación (por qué se necesita medicación):</b>	
<b>Ruta correcta</b>	<b>Vía de medicación:</b> <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	
<b>Momento adecuado</b>	<b>Medicación diaria: Tiempo que se debe administrar:</b>	
	<b>Frecuencia de la medicación (con qué frecuencia):</b>	<b>Duración de la medicación (cuánto tiempo):</b>
	<input type="checkbox"/> Según sea necesario Medicamento "PRN": Condiciones bajo las cuales se debe administrar el medicamento:	
<b>Receta</b>	<b>De acuerdo con:</b> <input type="checkbox"/> Etiqueta <input type="checkbox"/> de prescripción de farmacia Orden escrita del médico	
<b>Sin receta médica</b>	<b>Consistente con:</b> <input type="checkbox"/> Etiqueta de Medicamento Preparado Comercialmente	
<b>Automedicación</b>	<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)	
<b>Autorización</b>	<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 medicación 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:
<b>Personal de la escuela (Inicial)</b>	_____ 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.