

Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Año escolar: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Madre/padre/tutor: \_\_\_\_\_

**Aplica a:**  Atletismo  Campamentos/Escuelas al aire libre  Excursiones  Eventos Escolares  
 Eventos patrocinados por la escuela

Este formulario debe ser completado y firmado por madre/padre/tutor y el proveedor de atención médica pertinente con autoridad para recetar. Este formulario es para medicamentos recetados y no recetados.

This Portion to be Completed by a Licensed Healthcare Professional (LHCP)  
 (e.g., MD, DO, ARNP, DDS, etc.)

Diagnosis/ Condition	Medication	Dose	Route	Time/Frequency	Side Effects	*Self Carry	*Self Administer
						Y N	Y N
						Y N	Y N
						Y N	Y N
						Y N	Y N
						Y N	Y N
						Y N	Y N

**\*Marking "yes" to self-carry/administer indicates that the LHCP has provided instruction in the purpose and appropriate method/frequency of use, and that the student is capable and safe to self-carry and/or self-administer.**

I request and authorize that the above-named student receive the above-identified medications in accordance with the instructions indicated beginning \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ not to exceed the current school year and Summer School or otherwise specified \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**Clinic Stamp**

**LCHP's Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**LCHP's Name:** \_\_\_\_\_ **Phone Number:** \_\_\_\_\_

**LCHP's Address:** \_\_\_\_\_ **Fax Number:** \_\_\_\_\_

**Esta parte debe ser completada por madre/padre/tutor**

El medicamento debe ser entregado en el envase original, etiquetado por la farmacia con el nombre del medicamento, la cantidad y la hora en que debe tomarse. El nombre del profesional de salud autorizado figura en la etiqueta. Si el medicamento permanece después del curso del tratamiento, recogeré el medicamento de la escuela o entiendo que será destruido.

**Seleccione si aplica:**

Administrar el medicamento en los días de salida anticipada.	La hora: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Administrar la medicación programada en los medio días.	La hora: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Necesita su alumno medicación para un posible viaje trasnoche? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>En caso afirmativo</b> , indique a continuación los medicamentos que toma normalmente fuera del horario escolar. <i>(Ej.: Ibuprofeno, déficit de atención, melatonina, vitaminas)</i>			

Firma de madre/padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma estudiante (auto porta): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**School Nurse Signature:** \_\_\_\_\_ **Printed Name:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

## Administración de medicamentos en la escuela

Los medicamentos deben administrarse en la escuela solo cuando sea necesario. La enfermería de la escuela cuenta con personal solo durante el horario escolar y no permanece abierta durante la duración de los clubes después de la escuela, las prácticas/juegos atléticos, los conciertos, los bailes u otros eventos patrocinados por la escuela. Si la/el estudiante debe recibir medicamentos orales o tópicos recetados, gotas para los ojos o las oídos, medicamentos premezclados en aerosol nasal o medicamentos para la alergia que salvan vidas durante el horario escolar o cuando el/la estudiante está bajo la supervisión del personal del Distrito y para eventos escolares oficiales, la dirección designará y la enfermería de la escuela capacitará y delegará al personal de la escuela para administrar medicamentos y proporcionar un plan para accederlos. El medicamento que se administrará en la escuela debe tener una orden escrita firmada por un profesional de la salud con licencia que trabaje dentro del alcance de su autoridad prescriptiva y tener la firma de madre/ padre/tutor. Madres/padres/tutores son responsables de garantizar que los medicamentos y los suministros de tratamiento estén disponibles para sus estudiantes. El medicamento debe estar en el envase original debidamente etiquetado. Esto incluye cualquier medicamento de venta libre. Madres/padres/tutores órdenes de medicamentos firmadas por su proveedor que indiquen explícitamente este plan. Nota: No se les permite a estudiantes portar sustancias controladas por sí mismos. No se recomienda que los estudiantes en los grados K-5 auto porten. Estudiantes que llevan medicamentos por su cuenta no eximen a madres/padres/tutores de una actualización anual de salud, órdenes de autorización de medicamentos y plan de atención médica cada año escolar. Siempre que sea posible, se insta a actividades patrocinadas por la escuela fuera del horario escolar normal. El Distrito Escolar de Edmonds no acepta ninguna responsabilidad por las reacciones adversas cuando el medicamento se dispensa de acuerdo con la orden del proveedor. El Distrito Escolar de Edmonds no comparte información médica privada con entidades externas sin el consentimiento explícito por escrito.

Además, RCW 28A.210.260, RCW 28A.210.355 y RCW 28A.210.330 permiten a madres/padres/tutores de estudiantes con epilepsia o diabetes seleccionar un "adulto designado" para proporcionar atención de enfermería dirigida por madres/padres/tutores en la escuela.

### Esta parte debe ser completada por madres/padres/tutores/estudiantes

#### Yo, madre/padre/tutor, entiendo:

Cuando el personal de la escuela me notifica que el medicamento ha caducado, que ya no es necesario como curso de tratamiento, o al final del año escolar, soy responsable de recoger el medicamento de la escuela o entiendo que será destruido. El Distrito Escolar de Edmonds no asume ninguna responsabilidad por los medicamentos auto portados y administrados. En caso de que surja un problema de seguridad, la enfermería de la escuela tiene derecho a notificar al madre/padre/tutor/estudiante y suspender el privilegio de automedicación. El plan de salud estudiantil se modificará anualmente para reflejar las necesidades de salud actuales. Proporcionaré la información de salud, las órdenes de autorización de medicamentos, los medicamentos no vencidos en un recipiente debidamente etiquetado y los suministros de tratamiento.

**Opcional:**  Al marcar esta casilla, doy mi consentimiento para que la medicación no controlada se devuelva a casa con el/la estudiante.

Estudiante participa en:

- Atletismo     Clubes extracurriculares  
 Música  
 Otras actividades patrocinadas por la escuela \_\_\_\_\_

**Mi firma a continuación indica que he leído, entiendo y cumpliré con la política de medicamentos.**

Firma madre/padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma estudiante (auto portante): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_