

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE MOUNT PLEASANT
Formulario de pedido de administración de medicamentos para la escuela y actividades escolares



Nombre del estudiante: _____ FDN/grado: _____

Profesor/RRHH: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Teléfono: _____

Órdenes que debe completar el proveedor de atención médica

Diagnóstico (debe incluirse) y nombre del medicamento	Dosis	Ruta	Frecuencia (hora)	Signo, síntoma o situación (si es posible)	[✓] Marque lo que corresponda a continuación
					<input type="checkbox"/> Estudiante independiente <input type="checkbox"/> Estudiante supervisado <input type="checkbox"/> Dependiente de enfermera
					<input type="checkbox"/> Estudiante independiente <input type="checkbox"/> Estudiante supervisado <input type="checkbox"/> Dependiente de enfermera
					<input type="checkbox"/> Estudiante independiente <input type="checkbox"/> Estudiante supervisado <input type="checkbox"/> Dependiente de enfermera

**Para cualquier medicamento que se considere de "administración rápida" (por ejemplo, inhaladores, medicamentos para la diabetes), complete el Formulario de Autorización de los Padres y Certificación del Proveedor de NYSCSH*

Prescriptor: Seleccione el nivel de supervisión necesario para cada medicamento solicitado

Estudiante independiente	Certifico que este estudiante me ha demostrado que puede autoadministrarse los medicamentos indicados anteriormente de manera segura y eficaz, y puede llevar y usar estos medicamentos de forma independiente en cualquier escuela o actividad patrocinada por la escuela sin la supervisión del personal de la escuela. Este código no se puede utilizar para los grados K-2.
Estudiante supervisado	Certifico que este estudiante es independiente con respecto a su medicación. Comprende el propósito, el nombre, la cantidad, la dosis, el momento y el efecto de tomar o no tomar el medicamento. Reconoce el aspecto que tiene el medicamento y si debe negarse a tomarlo o cuándo hacerlo. La enfermera de la escuela, o la persona designada en ausencia de la enfermera de la escuela, ayudará al estudiante a tomar su medicación. Los medicamentos se guardan en la Oficina de Salud.
Estudiante dependiente de enfermera	Certifico que este estudiante no es independiente. Una enfermera debe administrar la medicación del estudiante.

Nombre/título del prescriptor autorizado (letra imprenta) _____

Firma _____ del Fecha _____ Teléfono _____
prescriptor _____



A ser completado por los padres

Doy permiso para que se administre a mi hijo el medicamento mencionado anteriormente según lo ordenado por mi proveedor de salud. Proporcionaré el medicamento en el envase original de la farmacia, debidamente etiquetado con instrucciones y dosis, o en el envase/empaque original del medicamento de venta libre con el nombre de mi hijo. Entregaré medicamentos a la Oficina de Salud si mi hijo no se considera independiente.

Además, se requiere el permiso de los padres junto con el consentimiento del proveedor para que los estudiantes se autoadministren y lleven consigo medicamentos. Los estudiantes identificados con esta designación son independientes al tomar sus medicamentos en la escuela y no requieren supervisión por parte de la enfermera o el personal de la escuela. Los padres asumen la responsabilidad de garantizar que su hijo lleve y tome la medicación según lo indicado. Las escuelas pueden revocar el privilegio de portar y administrar personalmente el arma si el estudiante demuestra ser irresponsable o incapaz.

Se requiere un nuevo formulario de pedido para cada nuevo año escolar.

Firma _____ del Fecha _____ Teléfono _____