

INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT 196  
 Rosemount-Apple Valley-Eagan Public Schools  
*Educating, developing, and inspiring our students for lifelong success.*

Series Number 506.2.2.1P Adopted December 1987 Revised October 2024

Title Autorización para la administración de medicamentos en la escuela

Student \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Medication to be administered at school \_\_\_\_\_

**Medication Order**

**This section must be completed by the health care provider when medication is prescribed for more than two weeks OR is a controlled medication**

Medication	ICD-10/Diagnosis	Dose	Time	Route
1.				
2.				
3.				

\_\_\_\_\_  
 Signature of health care provider                      Print name of health care provider                      Date

\_\_\_\_\_  
 Clinic name                      Clinic phone                      Clinic fax

**Autorización de Padres/Tutor**

1. Solicito que el(los) medicamento(s) arriba mencionado(s) sea(n) administrado(s) durante el horario escolar según lo prescrito por el proveedor de atención médica de mi hijo.
2. Notificaré a la enfermera cualquier cambio en el(los) medicamentos, es decir, cambio de dosis, suspensión de medicamento, etc.
3. Doy permiso para que el medicamento sea administrado por personal escolar capacitado cuando lo delegue la enfermera registrada del Distrito 196.
4. Libero al personal de la escuela de responsabilidad en caso de que se produzcan reacciones adversas por tomar el medicamento.
5. Entiendo que debo suministrar este medicamento en un frasco recetado con la etiqueta original.
6. Entiendo que estoy obligado a recoger los medicamentos controlados cuando lo solicite la escuela.
7. Designo al distrito escolar como entidad autorizada para transportar medicamentos no controlados con fines de destrucción si las cantidades no utilizadas permanecen en posesión del personal escolar.
8. Doy permiso para que la enfermera de la escuela se comunique, según sea necesario, con el personal de la escuela sobre la(s) condición(es) médica(s) de mi hijo y el uso de los medicamentos.
9. Autorizo a la enfermera y al proveedor de atención médica a divulgar información y a comunicarse entre sí para solicitar información relacionada con los medicamentos y las condiciones médicas mencionadas anteriormente. Los expedientes médicos, en posesión del distrito escolar, ya no estarán protegidos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPPA), pero se convertirán en expedientes educativos protegidos por la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia.

Esta autorización entra en vigor el día en que la firmo y expira un año después de la fecha de mi firma. Legalmente puedo negarme a firmar esta autorización. Entiendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento enviando una notificación por escrito a la enfermera. Si me niego a firmar o revoco la autorización, estos servicios no podrán prestarse en la escuela.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Padre/Tutor                      Fecha

**Office Use:**

\_\_\_\_\_  
 Return to                      Phone                      Fax