



Formulario de consentimiento para administrar medicamentos

Verificado por ER _____

Estudiante _____	Grado _____
Fecha _____	
Fecha de nacimiento _____	Escuela _____
Maestro _____	

Todos los medicamentos administrados por el personal del AASD solo están disponibles para los estudiantes durante el horario escolar (7:30 a. m. a 4:00 p. m.), no deben estar vencidos y se encuentran en una caja/botella de farmacia debidamente etiquetada. Solicite en su farmacia las etiquetas o envases necesarios

Sección 1: Medicamentos recetados (Se requiere la firma del médico en la página 2)

Nombre/concentración del medicamento	Dosis	Via*	Tiempo	Motivo/Diagnóstico	Fecha de expiración

*Vía oral, inhalada, tópica, inyectable, etc.

Sección 2: Medicamentos de venta libre (OTC)

Nombre/concentración del medicamento	Dosis	Via*	Tiempo	Motivo/Diagnóstico	Fecha de expiración

*Vía oral, inhalada, tópica, inyectable, etc..

¿Está autorizado el estudiante a llevar y autoadministrarse medicamentos de venta libre? Sí No

En caso afirmativo, ¿dónde se guardará este medicamento? Mochila Casillero Otro _____



Consentimiento de los padres para la administración de medicamentos

Por la presente doy mi permiso a la(s) persona(s) designada(s) por el administrador del edificio o persona designada, para que le administre el(los) medicamento(s) anterior(es) a mi hijo de acuerdo con las instrucciones indicadas anteriormente y además los autorizo a contactar y compartir información médica sobre mi hijo con el médico indicado a continuación. Acepto eximir de responsabilidad al Distrito Escolar del Área de Appleton y a sus empleados que actúan dentro del alcance de sus funciones de todos y cada uno de los reclamos que surjan de la administración de este medicamento. Acepto recoger cualquier medicamento restante antes del último día de clases o daré autorización a la escuela para desechar todos los medicamentos restantes. Entiendo que se requiere un Formulario de consentimiento para la administración de medicamentos completado y firmado antes de que se pueda administrar un medicamento recetado. Esta información se compartirá con el personal de AASD según sea necesario para la salud y seguridad de mi hijo.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

La sección Información del Médico/Consentimiento debe completarse siempre que existan las siguientes condiciones:

- **Cualquier medicamento de venta libre que contenga aspirina;**
- **Un medicamento de venta libre debe administrarse diariamente durante más de 10 días seguidos;**
- **Un medicamento de venta libre debe administrarse en una dosis distinta a la dosis terapéutica recomendada; o**
- **Cualquier medicamento recetado**

***El personal del AASD no puede administrar ningún medicamento/sustancia que no esté aprobado por la FDA.
El personal del AASD no puede administrar medicamentos vencidos.***

Información del Médico/Consentimiento

Nombre del médico en letra de imprenta _____ Nombre de la clínica _____

Número de teléfono _____ Número de fax _____

DIRECCIÓN _____

Firma del proveedor _____ Fecha _____

¿Está el estudiante autorizado a llevar y autoadministrarse medicamentos recetados? Sí No

En caso afirmativo, ¿dónde se guardará este medicamento recetado? Mochila Casillero Otro _____

Acepto permitir que mi estudiante transporte el paquete de medicamentos (lleno o vacío) hacia y desde la escuela con el fin de mantener los medicamentos necesarios en la escuela para su administración y llevarlos a casa al final del año escolar. Los estudiantes no pueden transportar sustancias controladas.

- Si
- No

****Nota para el proveedor de atención médica: este documento sirve como orden de tratamiento y medicamentos.***