

Autorización para la administración de medicamentos

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Año Escolar: _____ Maestro/a de Aula: _____

Alergia(s): _____ Nombre del Padre/Tutor: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

*CUALQUIER MEDICAMENTO QUE SE ADMINISTRE EN LA ESCUELA DEBE SER LLEVADO A LA ESCUELA POR UN PADRE O TUTOR, NO POR EL ESTUDIANTE. LAS SITUACIONES ESPECIALES DEBEN SER DISCUTIDAS CON EL DIRECTOR.

I. CONSENTIMIENTO DE MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE (Si se va a administrar medicamentos de venta libre durante más de cinco días, el médico o enfermero debe completar la sección II. CONSENTIMIENTO DE MEDICAMENTOS RECETADOS a continuación.

Medicamentos de venta libre: _____

Tiempos de administración: _____

Dosis a administrar: _____

Motivo para administrar: _____

II. CONSENTIMIENTO DE MEDICAMENTOS RECETADOS (que debe completar el médico o el profesional de enfermería)

Diagnóstico relevante: _____

(1) Medicamentos: _____ Dosis & Tiempo: _____ Método: _____

(2) Medicamentos: _____ Dosis & Tiempo: _____ Método: _____

(3) Medicamentos: _____ Dosis & Tiempo: _____ Método: _____

Se prefiere que los medicamentos se administren antes o después de la escuela. ¿Se podría administrar este medicamento antes o después de la escuela?

_____ Sí, y los padres han sido instruidos. _____ No, (explicar) _____

Si la medicación es PRN, es decir, para eventos episódicos/de emergencia solamente, por favor explique _____

Efectos secundarios/advertencias: _____

DOCTOR O ENFERMERA PRACTICANTE:

Nombre Escrito _____ Firma _____

Teléfono: _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO PATERNO PARA CUALQUIER MEDICAMENTO (Debe completarse para medicamentos de venta libre y/o recetados)

Soy el padre o tutor de: _____ Doy mi permiso para que él / ella tomar los medicamentos mencionados anteriormente mientras está en la escuela: Por la presente reconozco que he leído y entiendo la política de la Junta Escolar para administrar medicamentos para estudiantes en la escuela. Soy consciente de que todos los medicamentos recetados y sin receta deben estar en un contenedor original etiquetado o no se puede administrar. En ausencia de la enfermera de la escuela, los medicamentos, glucógeno Y EpiPen si prescrito, puede ser administrados por empleados (no médicos) de la escuela capacitados , y yo declaro, sin reservas, que no responsabilizará a él/ella o a la Junta Escolar del Condado de Floyd de ninguna manera por los daños o lesiones que se pueden experimentar mi niño como resultado de este servicio.

Por la presente libero a las Escuelas del Condado de Floyd y a sus empleados de cualquier reclamo o responsabilidad relacionada con su confianza en este permiso y aceptar liberarlos, defenderlos y mantenerlos inofensivos de cualquier reclamación o responsabilidad relacionada con dicha confianza.

Autorizo a un representante de la escuela a compartir información sobre este medicamento con el proveedor médico.

Firma del padre/tutor: _____

AVISO: ESTA AUTORIZACIÓN SÓLO ES VÁLIDA POR UN AÑO ESCOLAR.

FcSD Rev. Mayo de 2008