



AUTORIZACIÓN PARA DAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Si el medicamento se puede administrar en casa o fuera del horario escolar, por favor hágalo. Sin embargo, si los medicamentos se deben administrar durante el horario escolar, se debe completar este formulario.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

MAESTRO: _____ **GRADO:** _____

Solicito que el profesional de la salud, a través del director o la persona designada, supervise/ayude en la administración de medicamentos a mi hijo, de acuerdo con las instrucciones que se indican a continuación. Yo entiendo que:

- Los medicamentos deben estar en el envase original etiquetado (sin bolsas, papel de aluminio, etc.) Los farmacéuticos pueden proporcionar un duplicado del envase etiquetado con solo las dosis escolares.
- El padre/tutor debe proporcionar instrucciones específicas, así como los medicamentos y el equipo relacionado al director o al personal de la clínica.
- Será responsabilidad del padre/tutor informar a la escuela de cualquier cambio.
- No se administrarán nuevos medicamentos ni nuevas dosis a menos que se complete un nuevo formulario y se proporcione un envase recién etiquetado.
- Todos los medicamentos serán llevados directamente a la oficina/clínica por el padre/tutor.
- Los medicamentos de venta libre deben estar sin abrir y sellados para ser aceptados.
- Los medicamentos no utilizados se desecharán dentro de una semana después de que se suspenda el medicamento o al final de cada período escolar si no se recogen.

Nombre del medicamento: _____

Dosis: _____ Vía (por boca, tópica, etc.) _____ Conteo de Medicamento inicial: _____

Hora(s) a dar: _____ Suspenda el medicamento en: _____

Condición/Enfermedad que requiere medicación: _____

Alergias: _____

Nombre del proveedor de atención médica _____ Teléfono: _____

Por la presente autorizo al personal, empleados y funcionarios del Distrito Escolar del Condado de Chatham a ayudar a mi hijo/a a tomar medicamentos recetados o de venta libre. Entiendo que, en caso de un cambio de medicamento, soy responsable de firmar un nuevo formulario de solicitud. También entiendo que los medicamentos que no se recojan al final del año escolar se desechen. **Plan de acción para el asma, las convulsiones y/o las alergias alimentarias.** (círculo)

Firma del padre/tutor legal _____	Escribir nombre _____	Fecha _____
Tel. de la casa: _____	Tel. del trabajo: _____	Tel. celular: _____

Recibido por _____ Fecha _____