

Autorización para Administrar Medicamentos en la Escuela a Estudiantes con Múltiples Medicamentos

(Utilizar para medicamentos con y sin receta)

Por la presente se otorga permiso al director local o su designado para supervisar a mi hijo mientras toma los siguientes medicamentos recetados.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ ALERGIAS _____

1. MEDICAMENTO _____ DOSIS _____ CANTIDAD _____ HORA(S) _____

FECHA DE INICIO _____ FECHA DE FINALIZACIÓN _____ CONTEO MEDICO AL INICIAR SESIÓN _____

2. MEDICAMENTO _____ DOSIS _____ CANTIDAD _____ HORA(S) _____

FECHA DE INICIO _____ FECHA DE FINALIZACIÓN _____ CONTEO MEDICO AL INICIAR SESIÓN _____

3. MEDICAMENTO _____ DOSIS _____ CANTIDAD _____ HORA(S) _____

FECHA DE INICIO _____ FECHA DE FINALIZACIÓN _____ CONTEO MEDICO AL INICIAR SESIÓN _____

4. MEDICAMENTOS _____ DOSIS _____ CANTIDAD _____ HORA(S) _____

FECHA DE INICIO _____ FECHA DE FINALIZACIÓN _____ CONTEO MEDICO AL INICIAR SESIÓN _____

Por la presente, libero y descargo al Sistema de Escuelas Públicas del Condado de Savannah-Chatham, sus empleados y funcionarios, de cualquier responsabilidad en caso de accidente o cualquier otro percance en la supervisión de dicho medicamento debido a cualquier efecto secundario, enfermedad u otra lesión que pueda ocurrirle a mi hijo por la supervisión de dicho medicamento y por la presente libero a dichos funcionarios antes mencionados de cualquier responsabilidad debido a cualquier lesión o daño que pueda ocurrir.

Solicito que el profesional de la salud, a través del director o su designado, supervise o ayude a administrar medicamentos a mi hijo, de acuerdo con las instrucciones que se indican en este formulario. Entiendo que:

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

Doy permiso al director/enfermera/persona designada para que se comunique con el proveedor de atención médica de mi hijo para obtener información médica sobre el diagnóstico, la medicación y otros tratamientos requeridos por mi hijo.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Teléfono del trabajo# _____ Teléfono de casa# _____ Teléfono celular# _____

Recibido por _____ Fecha _____

Plan de acción para casos de asma, convulsiones y/o alergia alimentaria y anafilaxia entregado a los padres o tutores. (Marque todas las opciones que correspondan)