

Solicitud para Administrar Medicamentos por Receta Médica en la Escuela

Nombre del/la Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela _____ Grado & Maestro/a _____

Diagnostico Medico/ Razón del Medicamento _____

Solo Medicamento de Emergencia: El/la estudiante puede llevar consigo inhaladores/medicamentos de emergencia (asma, reacciones alérgicas graves, control de la diabetes). Este estudiante ha recibido instrucciones sobre el uso y almacenamiento adecuado de este medicamento y tiene la capacidad de usarlo según lo recetado.

Cualquier otro medicamento recetado se considera que no es de emergencia y debe dejarse en la oficina de la enfermera.

1. Medicamento _____ Dosis _____ Hora/Tiempo _____

2. Medicamento _____ Dosis _____ Hora/Tiempo _____

3. Medicamento _____ Dosis _____ Hora/Tiempo _____

No. de días que será administrado en la escuela _____ Duración del ciclo escolar: SI NO

Instrucciones Especiales _____

Fecha

Firma del Proveedor de Atención Médica Autorizada

Nombre _____

Dirección & Numero Telefonico _____

Por medio de la presente doy mi permiso para que el/la estudiante nombrado/a anteriormente tome el/los Medicamento(s) por Receta Médica antes mencionado(s) según se indica y de acuerdo con la Poliza de JGFGGB de la Junta de Educación del Distrito USD 253. Entiendo que ningún empleado escolar que administre fármaco alguno a mi estudiante de acuerdo con las instrucciones por escrito del médico o dentista será considerado responsable por daños y perjuicios a consecuencia de una reacción adversa sufrida por el estudiante al haberse administrado dicho fármaco.

Solo Medicamento de Emergencia: Mi hijo/a puede llevar consigo inhaladores/medicamentos de emergencia (asma, reacciones alérgicas graves, control de diabetes). Este estudiante ha recibido instrucciones sobre el uso y almacenamiento adecuado de este medicamento y tiene la capacidad de usarlo según lo recetado. Cualquier otro medicamento recetado se considera que no es de emergencia y deberá dejarse en la oficina de la enfermera.

Por medio de la presente autorizo al personal de USD #253 y _____ y al personal de su consulta para

[NOMBRE DE SU MÉDICO]

que compartan información del expediente médico y de salud de mi hijo/a. Entiendo que esta información será considerada estrictamente confidencial y que no será revelada a ninguna otra parte sin consentimiento previo por escrito.

Fecha

Firma del Padre de Familia o Tutor

Nombre _____

Dirección/Numero Telefonico/Correo Electronico _____

Nota: El medicamento debe ser proporcionado por los padres y traído a la escuela en el envase/contenedor original etiquetado correctamente por la farmacia o el médico, indicando el nombre de la dosis del medicamento y el número de días que se administra en la escuela.

Devuelva el formulario completado a la enfermera escolar de la escuela de su hijo/a.

Solicitud para que se Administre Medicamento de Venta Libre (Sin receta) en la Escuela

Nombre del/la Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela _____ Grado & Maestro/a _____

1. Medicamento _____ Dosis _____ Hora/Tiempo _____

Razón del Medicamento _____ Duración del ciclo escolar: SI NO

Instrucciones Especiales _____

2. Medicamento _____ Dosis _____ Hora/Tiempo _____

Razón del Medicamento _____ Duración del ciclo escolar: SI NO

Instrucciones Especiales _____

Por la presente doy mi permiso para que el estudiante mencionado anteriormente tome los medicamentos de venta libre mencionados anteriormente por las razones especificadas por mi anteriormente en la escuela de acuerdo con la Póliza JGFGGB de la Junta de Educación de USD 253. Cualquier cambio en el tipo de medicamento, dosis y/o hora/tiempo de administración debe ir acompañado de una nueva solicitud de parte del padre de familia/tutor legal.

Entiendo que este formulario simplemente refleja la solicitud de que se le permita al estudiante mencionado anteriormente, tomar medicamentos en la escuela bajo supervisión escolar y que USD 253 no tiene responsabilidad de garantizar que se administre el medicamento, excepto cuando el estudiante lo solicite. Cuando se administre, la enferma o la UAP deberán completar la documentación del medicamento administrado.

Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar este medicamento en el envase/contenedor original del fabricante con las etiquetas intactas. Las desviaciones de las instrucciones de la etiqueta requerirán una orden escrita del proveedor/médico. Los medicamentos no deben enviarse a la escuela con un estudiante que viaja en el transporte escolar; más bien, se solicita al padre de familia/tutor que traiga el medicamento de su estudiante a la escuela y se lo entregue a la secretaria de la escuela o al personal de servicios de enfermería. Al recibir un medicamento, los servicios de enfermería verificarán el medicamento, la dosis y el motivo.

Entiendo que al dar mi permiso para la administración de este medicamento, cualquier empleado escolar autorizado que administre, cualquier medicamento a mi estudiante según lo prescrito por el padre de familia/tutor legal, no será responsable de los daños como resultado de una reacción adversa al medicamento, sufrida por el estudiante debido a la administración de dicho medicamento. Después de administrar el medicamento, se observará al estudiante para detectar posibles reacciones al medicamento, ya sea en el lugar de administración o en el salón de clases como parte de la rutina normal. Entiendo que la primera vez que un niño/a toma un medicamento no debe ser en la escuela en caso de una posible reacción.

Por medio de la presente autorizo al personal de USD #253 y _____ y al personal de su consulta para
[NOMBRE DE SU MÉDICO]

que compartan información del expediente médico y de salud de mi hijo/a. Entiendo que esta información será considerada estrictamente confidencial y que no será revelada a ninguna otra parte sin consentimiento previo por escrito.

Fecha _____

Firma del Padre de Familia o Tutor _____

Nombre _____

Dirección/Numero Telefonico/Correo Electronico _____

Devuelva el formulario completo a la enfermera escolar de la escuela de su hijo.