

Solicitud/Permiso de los padres para la administración de medicamentos en la escuela

Complete este formulario para cada medicamento que su estudiante requiere durante el día lectivo.

Los padres/guardianes deberán traer los medicamentos con receta médica y en su empaque original a la escuela, apropiadamente etiquetado con el nombre del estudiante; el nombre del proveedor profesional de la salud que prescribe el medicamento; el nombre del medicamento; la dosis; cómo y cuándo deberá administrarse; el nombre y el teléfono de la farmacia y la fecha actual de la receta médica.

Todos los medicamentos clasificados como sustancias reguladas deberán ser contadas al momento de la recepción con el parent/guardián y/o el administrador escolar y deberá ser documentado en este formulario cada vez que el medicamento es ingresado al ambiente escolar.

Fecha _____

Nombre del estudiante _____

Medicamento _____

Dosis _____ Hora de la administración _____

Razón del medicamento _____

Alergias a cualquier medicamento _____

Número de tabletas, cápsulas o cantidad de líquido enviado/recibido _____

Pastilla/tableta/cápsula verificada (Medicamento corresponde con la descripción en la botella)

Estoy consciente de que la enfermera escolar podría contactar al proveedor de la salud que prescribe o al farmacéutico sobre el medicamento/tratamiento y que él/ella deberá usar su juicio profesional sobre la administración del medicamento. Otorgo permiso para que la enfermera escolar administre el medicamento.

Yo comprendo que todos los medicamentos deberán ser recogidos por el parent/guardián antes del último día lectivo. Cualquier medicamento que permanezca en la oficina de la enfermera será desecharo según los procedimientos de disposición del Distrito Escolar Consolidado Red Clay.

Otorgo permiso para que un empleado de Red Clay con debido entrenamiento pueda ayudar al estudiante con la administración del medicamento según necesario en todas las excursiones educativas para el año lectivo en curso.

Firma Padre/Guardián _____

Firma enfermera escolar _____

Revisado 2024

<u>Fecha</u>	<u>Cantidad</u>	<u>Pastilla/Tableta/ Cápsula verificadas</u>	<u>Padre/Guardián & Enfermera escolar</u>

Revisado 2024