

Distrito Escolar Independiente de Waller
AUTORIZACIÓN Y PERMISO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

SCHOOL YEAR: 20 /20	
Student Name:	Birthdate:
Student ID:	Grade:

Esta forma debe completarse en su totalidad para que el personal escolar pueda administrar cualquier medicamento a un estudiante. Esta forma debe ser completado y firmado por un profesional de salud autorizado. Se debe completar una nueva forma de autorización de medicamentos al inicio de cada año escolar para cada medicamento, así como cada vez que se modifiquen las instrucciones de administración.

De conformidad con la Política del Consejo Escolar de Waller ISD y la Ley de Texas, el personal escolar puede administrar medicamentos a un estudiante solo después de que se cumplan los siguientes requisitos:

1. Todos los medicamentos deben ir acompañados de una solicitud escrita firmada y fechada por el médico que los recetó (debe tener autoridad para recetar en el estado de Texas) y firmada por el padre/guardián.
2. Todos los medicamentos con receta deben estar en su envase original y tener la etiqueta de la receta vigente.
3. Todos los medicamentos sin receta deben estar en su envase original, sin abrir, y con fecha de vencimiento vigente, emitido por el fabricante.
4. Las prescripciones médicas para medicamentos son válidas únicamente para el año escolar en curso.
5. De acuerdo con la Ley de Práctica de Enfermería de Texas, Regla 217.11, la enfermera escolar tiene la responsabilidad y la autoridad de aclarar cualquier prescripción de medicamentos con el profesional que los recetó y/o negarse a administrar medicamentos que, a su juicio, no sean lo mejor para el estudiante.
6. Los estudiantes no pueden poseer ningún medicamento durante el horario escolar ni en ninguna actividad escolar, dentro o fuera del campus. Las excepciones deben ser aprobadas con anticipación por las autoridades escolares correspondientes.
7. El personal escolar no dispensará productos naturales o homeopáticos, aceites esenciales ni ningún producto que no esté aprobado por la FDA. No se aceptarán ni administrarán medicamentos de países extranjeros.
8. La suspensión del medicamento debe hacerse por escrito por el padre/guardián o el médico.

PHYSICIAN/HEALTH CARE PROVIDER <i>PARA EL MÉDICO/PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA</i>	
Name of Medication:	Dose to be Given:
Time to be Given at School:	Route of Administration:
Reason for Medication:	
Physician/HCP Printed Name:	Date:
Physician/HCP Signature:	Phone #:

<u>PADRE/GUARDIÁN</u>	
<p>Mi firma autoriza a que el estudiante mencionado reciba el medicamento en la escuela por parte de personal calificado, según las instrucciones y se mantenga un registro. El estudiante no ha experimentado efectos secundarios previos a causa del medicamento. Además, acepto que el personal escolar pueda contactar al médico según sea necesario con respecto a este medicamento, y que la información sobre el mismo se comparta con el personal escolar que la necesite. Entiendo que la ley establece que no habrá responsabilidad por daños civiles como resultado de la administración del medicamento cuando la persona que lo administre actúe como lo haría una persona razonablemente prudente en circunstancias iguales o similares.</p> <p>Todos los medicamentos deben ser entregados y recogidos en la clínica por un padre o un adulto autorizado. Cualquier medicamento no reclamado se desechará el último día del año escolar en curso, según lo exige la ley.</p>	
Nombre del padre/guardián:	Fecha:
Firma del padre/guardián:	Teléfono:

WISD CLINIC USE ONLY <i>(Exclusivamente para uso clínico de WISD)</i>	
Date Medication Received:	
Clinic Staff Name:	

