

FORMA DE AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Empleados y agentes escolares del condado de Dare tienen autorización para administrar medicinas solamente cuando las siguientes condiciones se han cumplido:

1. Los padres o el custodio legal han entregado una solicitud por escrito que dice que el personal escolar puede administrar la medicina al estudiante y ha dado instrucciones escritas explícitas que describen la manera en la cual la medicina debe ser administrada;
2. Un doctor/medico ha recetado la medicina para el uso del estudiante;
3. Un doctor/medico ha certificado que la administración de la medicina para el uso del estudiante es necesario;
4. El empleado o agente administra la medicina según las instrucciones escritas proporcionadas por el p/madre o custodio legal del estudiante.

Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____ Grado _____

P/madre/Tutor _____ Telefono de casa _____ Telefono de trabajo _____

Debe ser completado por p/madre o tutor:

Por el presente doy permiso para que _____ reciba _____
(Nombre del Estudiante) (Nombre del medicamento y dosis)

durante horas escolares. Equivalentes genéricos pueden ser sustituidos. Medicamentos recetados deben ser enviados en su envase original con la información de identificación del estudiante y las instrucciones específicas respecto a las condiciones por las cuales fueron recetadas, dosis y hora de administración. Favor de listar instrucciones específicas (la condición por cual fue recetada, hora de administración y cualquier efecto secundario):

Por este medio doy permiso al personal escolar autorizado de administrar las medicinas indicadas anteriormente durante horas escolares de acuerdo con las direcciones escritas. Por este medio eximo a la Junta Educativa del Condado de Dare, sus agentes y empleados de toda responsabilidad que puede resultar de mi hijo(a) tomando la medicina. Mi firma indica que he leído y entiendo la política 6125 “Administración de Medicinas a los Estudiantes.”

Si una situación de emergencia ocurre durante el día escolar, el personal de la escuela debe: _____

Firma de Padre de Familia/Guardián

Fecha

To be completed by Physician/Health Care Provider for Prescription and Over-the-Counter meds:

Medication _____ Dosage _____ Route _____ Time _____

Medication _____ Dosage _____ Route _____ Time _____

Contraindications for administration _____

For students with asthma, diabetes and/or those subject to anaphylactic reactions, the following permission may be given for inhalers, insulin or epinephrine auto-injectors:

() This student has been instructed, has demonstrated, and understands the proper use of his/her ***inhaler, insulin or epinephrine auto-injector*** & he/she should be allowed to carry it with him/her.

() This student should not carry his/her ***inhaler, insulin or epinephrine auto-injector*** with him/her.

By signing below, I certify that administration of this medication during the school day is necessary to maintain and support the student's continued presence in school.

Physician/Provider Signature

Date