DISTRITO ESCOLAR DOS DE RICHLAND _____

Año escolar

Los medicamentos deben ser administrados por un padre o tutor antes o después del horario escolar, cuando sea posible. Las dosis iniciales de un medicamento que un niño nunca haya tomado antes no se administrarán en la escuela. Los medicamentos recetados que se administrarán en la escuela deben ir acompañados de este formulario, completarse con la firma del proveedor de atención médica que los prescribe y entregarse a la escuela en el envase original etiquetado proporcionado por el farmacéutico que surtió la receta. Los medicamentos de "muestra" deben entregarse en un recipiente que los identifique apropiadamente y deben ir acompañados de una nota firmada y fechada por el proveedor de atención médica que los prescribe, que incluya el nombre del estudiante, las instrucciones para una administración adecuada y el nombre, dirección y número de teléfono del proveedor de atención médica que los prescribe. Según sea necesario, los medicamentos deben tener parámetros para el uso de medicamentos. Los medicamentos sin receta se administrarán con el permiso escrito de los padres de acuerdo con las instrucciones en la caja, etc.

Nombre del niño(a)	**Fecha de Nacimiento**	**Grado _____**	**Maestro(a)_____**
Nombre del medicamento: un medicamento/página	**Dosis:**	**Vía:**	
Diagnóstico/Motivo de la medicación: **Código ICD 10**	**Hora en que se debe tomar el medicamento:**	**Frecuencia de la medicación:**	
Parámetros analgésicos (p. ej. dolor por aparato ortopédico, calambres menstruales, dolor de cabeza, etc.)		**Requisitos especiales de almacenamiento (especifique)**	
¿Tiene la/el estudiante alguna alergia severa? ☐ **No** ☐ **Sí- Por favor, enumere_____**		**¿Es este medicamento una sustancia controlada?** ☐ **Sí** ☐ **No**	
Efectos secundarios: _____	**Número previsto de días que se administrará el medicamento en la escuela:** ☐ **hasta el final del año escolar** ☐ **___ días** ☐ **___ semanas**		
Firma del proveedor de atención médica que prescribe _____	**Nombre en letra de imprenta** _____	**Fecha:** _____	
Dirección del proveedor de atención médica:	**Teléfono: _____** **Fax: _____**		

La siguiente sección debe ser completada por el padre o tutor:

Doy permiso para que, a mi hijo, _____, se le administre el medicamento arriba mencionado según lo recetado. Doy permiso para que la enfermera de la escuela o el administrador de la escuela se comuniquen con el proveedor de atención médica mencionado anteriormente o con el farmacéutico que surtió la receta para hablar sobre este medicamento y la salud de mi hijo.

Le permito al proveedor de atención médica mencionado anteriormente, al farmacéutico y/o a sus empleados designados a proporcionar información sobre este medicamento y la salud de mi hijo a la enfermera o al administrador de la escuela. También permito que se aplique esta "Autorización de medicamentos" si transfiero a mi hijo a otra escuela en este mismo distrito escolar durante el año escolar actual.

Entiendo que la escuela puede exigir que acepte las reglas de medicación del distrito escolar antes de la administración de este medicamento. Entiendo que soy responsable de notificar a la escuela si los medicamentos de mi hijo cambian de alguna manera. Doy permiso para que un asistente de salud u otra persona designada ayude a mi hijo con los medicamentos en ausencia de la enfermera titulada.

El distrito escolar y sus empleados y agentes no son responsables de una lesión que surja del autocontrol o la autoadministración de medicamentos por parte de un estudiante; la administración de medicamentos autorizados por un IHP; o cualquier administración de medicamentos.

El padre/tutor deberá indemnizar y eximir de responsabilidad al distrito y a sus empleados y agentes contra un reclamo que surja del autocontrol o la autoadministración de medicamentos por parte de un estudiante; la administración de medicamentos autorizados por un IHP; o cualquier administración de medicamentos.

_____	_____	_____
Firma de padre/tutor	**Nombre en letra de imprenta**	**Fecha**

Actualizado según los requisitos de SCDE en enero de 2025