

Política sobre la dispensación de medicamentos durante el horario escolar

1. La política de la Junta de Educación no autoriza al personal a comprar medicamentos para dárselos a un estudiante.
2. **Prescripción médica** debe tener permiso por escrito de los padres y del médico y debe incluir la etiqueta de la farmacia con el nombre del estudiante, el nombre del médico, el nombre del medicamento, las instrucciones de dispensación (cantidad de dosis y hora a administrar) y el número de receta. Debe estar en el envase original. **Medicamentos sin receta** deben estar en el envase original. Para ser administrado por la enfermera debe tener permiso por escrito de los padres y del médico. Los medicamentos de venta libre que no tengan permiso escrito de un médico serán administrados por un miembro del personal capacitado designado por el director. *El medicamento administrado durante 5 días consecutivos debe tener escrito el permiso del medico.* Si el medicamento no cumple con la política de BISD, puede destruirse después de 2 semanas.
3. A los estudiantes no se les permite llevar medicamentos consigo, excepto medicamentos de emergencia (ver más abajo).
4. Todos los medicamentos solo pueden ser dispensados por la enfermera u otro empleado designado en su ausencia.
5. Los suplementos a base de hierbas o dietéticos solo se pueden administrar si están aprobados por la FDA.
6. Los medicamentos que hayan expirado o que los padres no hayan recogido al final del año escolar serán destruidos.
7. Por favor, consulte a la enfermera de la escuela si tiene preguntas o consulte el manual del estudiante.
8. Los medicamentos recetados 3 veces al día o menos deben administrarse en casa, a menos que el médico lo especifique.

.....
Solicitud de administración de medicamentos durante el horario escolar Fecha: _____

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Colegio:** _____

Condición para la que se administrará el fármaco: _____ **Alergias a medicamentos:** _____

Nombre de la medicación: _____

Dosis : _____ **Frecuencia:** _____

Forma de medicación: tableta pildira capsula liquida inhalación otra

Alergias a medicamentos/Observaciones/Instrucciones especiales/Efectos secundarios: _____

Este niño tiene permiso para llevar por sí mismo este medicamento de emergencia y ha demostrado la habilidad necesaria para administrarse este medicamento. Para llevar (iniciales del proveedor de atención médica)

Este es el permiso para dar medicamentos sin receta y / o con receta a mi hijo mencionado anteriormente. Entiendo que doy mi consentimiento para que la enfermera de la escuela discuta cualquier inquietud relacionada con este medicamento con el proveedor de atención médica cuya firma aparece en este documento a fin de controlar las necesidades de atención médica de mi hijo.

Firma de la madre o tutor

Teléfono# _____ **Fecha:** _____

Medico /Nombre de Práctica Avanzada

Medico /Nombre de Práctica Avanzada Firma

Firma de la Enfermera