

(OTC) FORMULARIO DE GESTIÓN DE MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

Nombre del niño/estudiante:	Fecha de nacimiento:	Calificación:	Escuela:	Año Escolar
Condición/ Diagnóstico del niño:				

Para este diagnóstico, doy consentimiento a los medicamentos que se enumeran a continuación:

Nota: TODO el año escolar incluye sesiones de escuela de verano posteriores al año escolar en curso. Por política del ECASD el personal puede administrar medicamentos solo dentro 30 minutos antes o después del tiempo programado.

MEDICAMENTOS (Por favor Indicar si Programado o Como Necesario)								
Nombre del medicamento:	Via:	total :	Frecuencia (programado o como necesario)	Duración: Año escolar completo (<i>escriba ESY a continuación</i>) O Fechas específicas (<i>escriba las fechas a continuación</i>)	Si es necesario, administrar para los síntomas que se enumeran a continuación	Comuníquese conmigo si el niño desarrolla alguna de las condiciones o reacciones a los medicamentos que se enumeran a continuación (<i>si no hay ninguna, escriba n/a</i>)	El estudiante puede llevar?	Alumno ¿Puede autoadministrars e ?
							☐ S ☐ N	☐ S ☐ N
							☐ S ☐ N	☐ S ☐ N
							☐ S ☐ N	☐ S ☐ N

Indicaciones/instrucciones adicionales:

Nota: El personal escolar designado puede llamarme en cualquier momento si tiene preguntas o inquietudes relacionadas con la condición y los medicamentos de mi hijo. Reconozco que tendré que completar un nuevo formulario de consentimiento de medicación cuando haya cambios en la medicación o en la administración de medicamentos para este niño/estudiante.

Estoy de acuerdo y acepto que mis responsabilidades acerca de la administración de medicamento a mi niño en la escuela son:

- Notificar a la escuela las necesidades del niño.
- Complete este formulario, que otorga permiso a la escuela para administrar medicamentos a mi hijo. en la dosis indicada. Esto El "Formulario de administración de medicamentos de venta libre (OTC)" es válido solo para el año escolar actual y el verano inmediatamente siguiente.
- Entregar este formulario y el suministro inicial de medicamentos a la escuela.
- Asegurarse que cada medicamento esté en el recipiente original con los ingredientes y dosis recomendada.
- Asumir plena responsabilidad para la entrega de medicamentos de forma segura y adecuada al personal escolar.
- Notificar a la escuela, por escrito, si el medicamento es interrumpido durante el año escolar.
- Eximir de responsabilidad al Distrito Escolar del Área de Eau Claire, sus empleados y agentes que actúen dentro del ámbito de sus funciones, ante cualquier reclamo que surja de la administración o el intercambio de información sobre los medicamentos indicados en este "Formulario de administración de medicamentos de venta libre (OTC)" en la escuela o en eventos relacionados con la escuela.

MI FIRMA INDICA QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR:

Nombre en letra de imprenta del padre/tutor: _____

Dirección de correo electrónico del padre/tutor: _____ Teléfono del padre/tutor: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____