

FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA NIÑOS/ESTUDIANTES

PARTE A : Formulario de instrucciones para medicamentos recetados

Debe ser completado por el médico/proveedor autorizado del niño.

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

Para la condición/diagnóstico enumerado anteriormente, he recetado los medicamentos que se enumeran a continuación:

Nota: TODO el año escolar incluye las sesiones de la escuela de verano posteriores al año escolar en curso. Según la política de ECASD, el personal puede administrar medicamentos solo dentro de los 30 minutos anteriores o posteriores a la hora indicada.

MEDICAMENTOS DIARIOS							
Nombre del medicamento:	Ruta:	Dosis total:	Frecuencia y hora(s) del día	Duración: Año escolar completo (escriba ESY a continuación) O Fechas específicas (escriba las fechas a continuación)	Comuníquese conmigo si el niño desarrolla alguna de las condiciones o reacciones a los medicamentos que se enumeran a continuación (si no hay ninguna, escriba n/a)	¿Puede el estudiante llevar?	¿El estudiante puede autoadministrarse?
						☐ S ☐ N	☐ S ☐ N
						☐ S ☐ N	☐ S ☐ N
						☐ S ☐ N	☐ S ☐ N
						☐ S ☐ N	☐ S ☐ N

MEDICAMENTOS PRN (según sea necesario)							
Nombre del medicamento:	Ruta:	Dosis total:	Frecuencia y hora(s) del día	Duración: Año escolar completo (escriba ESY a continuación) O Fechas específicas (escriba las fechas a continuación)	Comuníquese conmigo si el niño desarrolla alguna de las condiciones o reacciones a los medicamentos que se enumeran a continuación (si no hay ninguna, escriba n/a)	¿Puede el estudiante llevar?	¿El estudiante puede autoadministrarse?
						☐ S ☐ N	☐ S ☐ N
						☐ S ☐ N	☐ S ☐ N
						☐ S ☐ N	☐ S ☐ N

Indicaciones/instrucciones adicionales:

NOTA: Llámeme en cualquier momento si tiene preguntas sobre el diagnóstico de su hijo, los medicamentos recetados o las reacciones a los medicamentos. Si su hijo recibirá medicamentos durante el día en la escuela, el personal escolar designado puede llamarme en cualquier momento si tiene preguntas o inquietudes relacionadas con las condiciones del estudiante y los medicamentos.

Reconozco que tendré que completar un nuevo *Formulario de Manejo de Medicamentos para Niños/Estudiantes, Parte A: Instrucciones de Medicamentos Recetados*, cuando haya cambios en la medicación o en la administración de la medicación para este niño/estudiante.

Médico/Proveedor autorizado Nombre en LETRA DE IMPRENTA: _____ Teléfono: _____

Nombre y dirección de la clínica: _____

Firma del médico/proveedor autorizado: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA NIÑOS/ESTUDIANTES

PARTE B : Formulario de consentimiento para la medicación de los padres o tutores

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

Estoy de acuerdo con:

- Seguir las instrucciones del médico/profesional médico de mi hijo ("prescriptor autorizado") y otorgar permiso para que personal de asistencia sin licencia administre medicamentos a mi hijo de acuerdo con las instrucciones escritas por el prescriptor autorizado en el *Formulario de administración de medicamentos para niños/estudiantes, Parte A: Instrucciones de medicamentos recetados* (ADJUNTO) y otorgar permiso para que el personal escolar se comunique con el prescriptor autorizado de mi hijo cuando sea necesario.
- Reconocer que, de acuerdo con la política de ECASD, el personal puede administrar medicamentos solo 30 minutos antes o después de la hora prescrita.
- Dar consentimiento para el libre intercambio de cualquier información necesaria entre el prescriptor autorizado y el personal escolar.
- Eximir de responsabilidad al Distrito Escolar del Área de Eau Claire (ECASD), a sus empleados y agentes que actúen dentro del ámbito de sus funciones, y al prescriptor autorizado y sus empleados ante cualquier reclamo que surja de la administración o el intercambio de información sobre los medicamentos indicados en el *Formulario de administración de medicamentos para niños/estudiantes adjunto, Parte A: Instrucciones de medicamentos recetados* en la escuela o en eventos relacionados con la escuela.
- Notificar a la escuela por escrito al finalizar esta solicitud o cuando haya CUALQUIER cambio en las instrucciones de medicación del médico autorizado. Entiendo que las instrucciones de medicación del médico autorizado y mi consentimiento están vigentes solo para el año escolar actual y el verano inmediatamente posterior, o para las fechas que se indican en la *Parte A del Formulario de administración de medicación del niño/estudiante: Instrucciones de medicación con receta*.

Estoy de acuerdo y acepto mis responsabilidades con respecto a la administración escolar de medicamentos a mi hijo, es decir:

- Notificar a la escuela sobre las necesidades de mi hijo.
- Complete y firme este formulario, que otorga a la escuela permiso para administrar medicamentos a mi hijo en la dosis prescrita y para comunicarse directamente con el médico autorizado. Este formulario es válido únicamente para el año escolar actual y el verano inmediatamente posterior, o para las fechas que se indican en el *Formulario de administración de medicamentos para niños/estudiantes, Parte A: Instrucciones para medicamentos recetados*.
- Entregar las instrucciones escritas del médico autorizado (Parte A), esta autorización de los padres/tutores (Parte B) y el suministro inicial de medicamentos a la escuela.
- Asegúrese de que cada medicamento recetado esté en su paquete original con la etiqueta de la farmacia, que incluye el nombre del estudiante, la dosis del medicamento, los horarios en que debe administrarse el medicamento y el envase autorizado que enumera los ingredientes y la dosis recomendada.
- Obtenga instrucciones escritas adicionales del médico autorizado y entréguelas a la escuela cada vez que haya un cambio en el medicamento, la dosis o el horario en que debe administrarse el medicamento.
- Asumir la plena responsabilidad de la entrega segura de medicamentos al personal escolar apropiado.
- Notificar a la escuela, por escrito, si se suspende el medicamento durante el año escolar.

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: _____