

Autorización para la Administración de Medicamentos de las Escuelas Públicas de Barnstable

Las regulaciones estatales y escolares requieren una autorización anual por escrito **tanto del médico como del padre/madre/tutor legal** para la administración de medicamentos en la escuela. Esto se aplica **tanto a los medicamentos recetados como a los de venta libre.**

ORDEN DE MEDICAMENTOS - MEDICATION ORDER *Prescriber*

A ser completado por una persona autorizada para recetar medicamentos

Student Name: _____ DOB: _____

Allergies: _____

Diagnosis: _____

Medication: _____ Dosage: _____ Route: _____

Frequency: _____ Administration Time: _____

Please note: Whenever possible, medication should be scheduled at times other than school hours.

Date of Order: _____ Discontinuation date: _____

Side effects, contraindications, adverse reactions: _____

Other medications taken by the student: _____

Date of next scheduled visit: _____

Consent for self-administration (provided the school nurse determines it is safe and appropriate): _____ Yes _____ No

Name of Licensed Prescriber: _____

Date: _____

Physician Signature: _____

Phone Number: _____

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Todos los medicamentos recetados y de venta libre deben estar en el envase original de la farmacia, etiquetados con el nombre del niño, la fecha y el nombre, la concentración y la dosis del medicamento. La mayoría de las farmacias proporcionarán un segundo recipiente etiquetado, si se solicita. **Un adulto debe traer todos los medicamentos a la escuela. Solo se puede almacenar en la escuela un suministro para 30 días.**

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

1. Doy permiso para que la enfermera de la escuela administre a mi hijo el medicamento anterior ordenado por la persona autorizada para recetar anterior. _____ Sí _____ No
2. Doy permiso para que la enfermera de la escuela comparta información relacionada con la administración de medicamentos recetados según lo determine apropiado para la salud y seguridad de mi hijo con el personal escolar apropiado. _____ Sí _____ No
3. Entiendo que si la clase de mi hijo tiene una excursión, otro adulto capacitado (que no sea la enfermera de la escuela) puede administrarle el medicamento a mi hijo. _____ Sí _____ No
4. Doy permiso para que mi hijo se autoadministre el medicamento (si el médico lo autoriza y la enfermera de la escuela determina que es seguro y apropiado). _____ Sí _____ No

Nombre del padre/madre/tutor legal en letra mayúscula: _____ Parentesco: _____

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Mejor número de teléfono: _____ Otro número de teléfono: _____

Al final del tratamiento o del año escolar, se desechará cualquier medicamento no reclamado.

Spanish 3/18/22