

Escuelas en Pickerington

Autorización para la Posesión y Uso de Medicamento(s) anticonvulsivo

Se debe proporcionar un formulario completo al director de la escuela y/o a la enfermera antes de que el estudiante pueda poseer y usar un medicamento anticonvulsivo para tratar o prevenir la aparición de una convulsión en la escuela.

Fecha de solicitud: _____

Nombre del estudiante: _____

Dirección del estudiante: _____

Esta sección debe ser completada y firmada por el padre o tutor legal del estudiante.

Como padre o tutor legal de este estudiante, autorizo a mi hijo a poseer y usar medicamentos anticonvulsivos, según lo recetado, en la escuela y en cualquier actividad, evento o programa patrocinado por o en el que participe la escuela del estudiante.

Entiendo que un empleado de la escuela solicitará inmediatamente asistencia de un proveedor de servicios médicos de emergencia si se administra este medicamento. Proporcionaré una dosis de respaldo del medicamento al director de la escuela o a la enfermera según lo requiera la ley.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Teléfono: _____

Esta sección debe ser completada y firmada por el médico que receta el medicamento.

Nombre/dosis del medicamento: _____

Fecha de inicio de la administración de medicamentos: _____ Fecha de finalización: _____

Circunstancias para el uso de los medicamentos anticonvulsivos: _____

Procedimientos para los empleados de la escuela si el estudiante no puede administrar el medicamento o si no produce el

Alivio esperado: _____

Posibles reacciones adversas graves:

Del estudiante al que se le receta el medicamento (infórmelo al prescriptor): _____

De un estudiante al que no se le ha recetado el medicamento pero que recibe una dosis: _____

Otras recomendaciones:

Incluya la hora, el horario, la duración del tratamiento, las precauciones especiales o las posibles reacciones, y las intervenciones.

Como el recetador, he determinado que este estudiante es capaz de poseer y usar estos medicamentos para las convulsiones apropiadamente y haber proporcionado al estudiante capacitación en el uso adecuado de los medicamentos.

Autorización del prescriptor:

Firma del prescriptor: _____ Fecha: _____

Nombre del prescriptor: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____