McHenry School District 15
420 N. Front Street, McHenry, Illinois 60050
www.d15.org

SOLICITUD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y EL TRATAMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

Los medicamentos no se pueden administrar sin una receta médica y sin una solicitud por escrito de parte de los padres o guardianes. Si es posible, es preferible que el horario de las medicinas sea fuera del horario escolar.

Nombre del estudiante: _____ Nombre de Padre(s) o Guardianes : _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Escuela: _____ Número de teléfono: _____ Teléfono de Emergencia: _____

The following is to be completed by the physician:

Medication Name/Health Treatment : _____

Medication Administration Period: _____ Start date: _____ End date: _____

Time of day to be Administered: _____ Dosage: _____ Route: _____

Diagnosis for Medication/Health Treatment and Intended Effect: _____

Possible Side Effects and /or Negative Drug Interactions: _____

Physician Printed Name: _____

Signature of Physician: _____ Date _____ Phone _____

SOLICITUD DE LOS PADRES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

La Mesa Directiva de Educación cree que los medicamentos deben ser administrados en casa. Sin embargho dependiendo de las circunstacias, y por el bien educativo y de salud del niño(a) hay ocaciones en que tendran que tomar medicina durante horas escolares. En dichos casos las medicinas **tiene que ser recetadas por un doctor y los padres tiene que llenar una solicitud la cual debe de mantenerserse en los archivos de la Oficina de Salud.** Dichas **medicinas deben ser traídas a la escuela por uno de los padres u adulto responsible, en el pomo original y con las etiquetas que indíquen las dósis y horario de éstas, y por último tiene que traer impreso el nombre del doctor,** de ésta manera estaremos cumpliendo con el reglamento. Es la responsabilidad del estudiante el ir a la Oficina de Salud para que se le administre su medicina. Los padres deben asumir la responsabilidad de informar a la escuela de cualquier cambio en la salud de su hijo(a), o cabios en dosis o de medicamentos. **Cualquier cambio referente a medicamentos deberá ser acompañado por una nueva receta y otra solicitud.** El Distrito Escolar puede rechazar dichas solicitudes dependiendo de cada caso. Yo entiendo que puede haber ocasiones el medicamento de mi hijo(a) podrá ser administrato por otro individuo que no en una Enfermera Registrada y consinto dicha práctica. Libro al Distrito Escolar y a sus empleados de cualquier indemnización, culpa, o demanda, excepto si la demanda está basada en conducta intencional y deliberada, de parte de la dministración o automedicamento del niño(a).

Solicito que la enferemera o el Director del Edificio haga lo necesario para que mi hijo(a) _____ reciba la medicina recetadas por el Dr. _____. De acuerdo a las intrucciones mencionadas en la parte superior de la presente. Así mismo doy permiso para que la enfermera se comunique con el doctor para poder discutir culaquier preocupación referente a la medicina.

_____ _____

Firma de Padre(s) o Guardianes Fecha

Estudiantes que necesitan inhaladores ó medicamentos contra las alergias (EpiPen)

Doy autorización de que el distrito escolar y sus agentes permitan que mi hijo/a tenga posesión de su medicamento contra el asma ó alergias (EpiPen). He instruido a _____ en la manera correcta para utilizar su medicamento

_____ _____ _____ _____

Firma del Medico/Physician Signature Fecha Firma del Padre/Madre Fecha