Medication Orders/Authorization/Consent

Attach student photo

Nombre del alumno: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Grado:** _____

Nombre del medicamentos: _____ **Dosis:** _____

Enfermedad para la que se administra el medicamento, efectos secundarios para el niño, instrucciones especiales, informació pertinente:_____
Alergias:_____

MEDICINA	DOSIS/ VÍA	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	FRECUENCIA/TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN	*¿PRIMERA DOSIS DE LA MEDICINA? Marque uno*
					Si No
					Si No
					Si No
					Si No
					Si No

- Los medicamentos sin receta proporcionados por los padres pueden administrarse durante 5 días sin la firma del médico. Se requerirá la firma del médico si el medicamento se necesita por más de 5 días.
- Todos los medicamentos deben estar: vigentes, claramente etiquetados y en su envase original más pequeño.
- Se requiere la firma del médico para medicamentos no indicados en la etiqueta, muestras de medicamentos y cuando se necesita una aclaración para los pedidos de medicamentos.
- Las sustancias a base de plantas, los suplementos dietéticos, los medicamentos homeopáticos o alternativos carecen de información de seguridad que limita su uso apropiado en la escuela. Estos medicamentos no se administrarán a menos que se haya determinado que son necesarios desde el punto de vista educativo como parte del plan IEP o 504 del alumno.

_____ **(iniciales de los padres) Los cambios de medicación o dosis requieren una nueva firma/orden del médico. Cualquier solicitud de medicación nueva o adicional requiere que se complete un nuevo formulario.**

_____ **(iniciales de los padres) Los medicamentos no utilizados, descontinuados o vencidos deben ser recogidos por los padres. Los medicamentos no recogidos serán desechados al final del año o dentro de 5 días después de descontinuados.**

Solicito y autorizo al distrito de Community a administrar el/los medicamento(s) arriba mencionado(s). Entiendo que el administrador de la escuela puede designar cualquier empleado calificado para administrar este medicamento. Autorizo a la enfermera con licencia de la escuela y al proveedor de atención médica que receta a confidencialmente discutir o clarificar esta orden de medicamento, y discutir la respuesta del estudiante al medicamento como es requerido por la ley (Nurse (Leyes de Práctica de Enfermería y Práctica Médica de Texas).

_____ _____ _____ _____

(Firma del padre o encargado) (Nombre en letra de imprenta) (Fecha) (Teléfono)

MÉDICO/PROVEEDOR DE CUIDADO DE LA SALUD

Solicito y autorizo los medicamentos arriba indicados, dosis y frecuencia.

_____ _____ _____ _____

(Firma del médico) (Nombre en letra de imprenta) (Fecha) (Teléfono)

Nombre del alumno: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Grado:**_____

Attach student photo

Medication Orders/Authorization/Consent

Nombre del medicamentos: _____ **Dosis:** _____

Documentar el recuento presenciado de todos los medicamentos controlados recibidos o devueltos a los padres.

FECHA	CANTIDAD RECIBIDA	CANTIDAD DEVUELTA	FIRMA DEL TESTIGO	FIRMA DEL TESTIGO

Inventario de medicamentos cada dos semanas

SEMANA DE	# EN BOTELLA	DIFERENCIA #	INICIAL DEL TESTIGO	INICIAL DEL TESTIGO	SEMANA DE	# EN BOTELLA	DIFERENCIA #	INICIAL DEL TESTIGO	INICIAL DEL TESTIGO

Dosis perdida

FECHA	MOTIVO DE LA PÉRDIDA (SE HA CAÍDO POR EL FREGADERO, SE HA CAÍDO AL SUELO, ETC.)	INICIAL DEL TESTIGO	INICIAL DEL TESTIGO

_____ Inicial del testigo _____ Nombre del testigo _____ Inicial del testigo _____ Nombre del testigo

_____ Inicial del testigo _____ Nombre del testigo _____ Inicial del testigo _____ Nombre del testigo