

CENTRO DE MOUNT PLEASANT DISTRITO ESCOLAR

Medicamento Formulario de Orden de Administración para Escuelas y Actividades Escolares



Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento/Grado: _____

Maestro/RR.HH.: _____ Nombre del padre/tutor: _____ Teléfono: _____

Órdenes que debe completar el proveedor de atención médica

Diagnóstico (debe incluirse) y Medicamento Nombre	Dosis	Ruta	Frecuencia (Tiempo)	Signo, síntoma o Situación(si prn)	Encierra en un círculo uno en cada casilla
					<input type="checkbox"/> Independiente Alumno <input type="checkbox"/> Estudiante supervisado <input type="checkbox"/> Estudiante dependiente de enfermería
					<input type="checkbox"/> Estudiante independiente <input type="checkbox"/> Estudiante supervisado <input type="checkbox"/> Estudiante dependiente de enfermería
					<input type="checkbox"/> Estudiante independiente <input type="checkbox"/> Estudiante supervisado <input type="checkbox"/> Estudiante dependiente de enfermería

**Para cualquier medicamento que se considera "Rápido Administración" (por ejemplo, inhaladores, diabético medicamentos) complete el formulario del Proveedor NYSCSH Preguntay formulario de permiso de los padres*

Prescriptor: Elija el nivel de supervisión necesario para cada uno medicamento ordenado

Independiente Alumno	I dar fe que este estudiante me ha demostrado que puede autoadministrarse el medicamento(s) indicados anteriormente de forma segura y eficazmente, y podrá llevar y utilizar este medicamento de forma independiente en cualquier escuela/escuela patrocinada actividad sin supervisión por parte del personal de la escuela. Este código no se puede utilizar para los grados K-2.
Supervisado Alumno	I dar fe que este estudiante es autodirigido en lo que respecta a su medicamento. Él/Ella entiende el propósito, nombre, cantidad, dosis, medicamento y efecto de tomar o no tomar el medicamento. Reconoce lo que medicamento Parece y si/cuándo negarse a tomarlo. Enfermera escolar , o persona designada En ausencia de la enfermera escolar, ayudará al estudiante a tomar sumedicamento. Medicamentose conserva en la Oficina de Salud.
Estudiante dependiente de enfermería	Yo creo que este estudiante no es autodirigido. Una enfermera debe administrar al estudiante medicamentos.

Nombre/Título del prescriptor autorizado (en letra imprenta) _____

Firma del prescriptor _____ Fecha _____ Teléfono _____

Para ser completado por los padres



Doy permiso para lo anterior medicamento que se le administra a mi hijo según lo ordenado por mi proveedor de salud. Proporcionaré el medicamento en el **envase original de farmacia**, debidamente etiquetado con instrucciones y dosis, o original sin receta medicamento contenedor/embalaje con el nombre de mi hijo. Lo entregaré medicamento A la Salud Oficina si mi hijo no es considerado independiente. En suma Se requiere el permiso de los padres junto con el consentimiento del proveedor para que los estudiantes se auto administren y lleven consigo la vacuna medicamento. Los estudiantes identificados con esta designación son independientes en la toma de sus medicamento en la escuela y no requieren supervisión de la enfermera ni del personal escolar. Los padres asumen la responsabilidad de asegurarse de que su hijo lleve y lleve sumedicamento Según lo ordenado. Las escuelas pueden revocar el privilegio de porte/autoadministración si el estudiante demuestra ser irresponsable o incapaz.

Se requiere un nuevo formulario de pedido para cada nuevo año escolar.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____ Teléfono _____