

## Asistencia con Medicamentos y Procedimientos de las Escuelas de la Ciudad de Marietta

### **Padre/Tutor Por favor complete toda la información de esta sección**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Apellido del estudiante: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Escuela: \_\_\_\_\_ Maestra: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre de Familia: \_\_\_\_\_ Teléfono del Padre de Familia: \_\_\_\_\_

### **Autorización de los Padres**

Autorizo al personal del Distrito Escolar de la Ciudad de Marietta a ayudar a mi hijo a tomar la medicación. Por la presente, libero y renuncio, y además acepto indemnizar, eximir de responsabilidad o reembolsar a las Escuelas de la Ciudad de Marietta, a los miembros individuales, agentes, empleados y representantes de las mismas, de y contra cualquier reclamo que yo, cualquier otro padre o tutor, cualquier hermano, el estudiante o cualquier otra persona, firma o corporación pueda tener o afirmar tener, conocido o desconocido, directa o indirectamente, por cualquier pérdida, daño o lesión que surja de, durante o en relación con la administración de este medicamento/procedimiento. ☐ Sí ☐ No

### **Mi hijo/a recibe Medicaid/Peach Care for Kids. ☐ Sí ☐ Sin número \_\_\_\_\_**

Entiendo que el sistema escolar puede solicitar a Medicaid un reembolso parcial por la administración de este medicamento/procedimiento y por la presente autorizo al sistema escolar a facturar los servicios antes mencionados. Si decido que ya no quiero que la escuela facture a Medicaid, comprendo que debo notificar a la escuela por escrito. ☐ Sí ☐ No

Al firmar abajo yo autorizo al médico que prescribe y que se nombra a continuación a divulgar cualquier información a la Junta Escolar o a su designado con respecto al medicamento o tratamiento que se administrará. Yo, al firmar abajo, autorizo a las Escuelas de la Ciudad de Marietta a divulgar información pertinente al médico. ☐ Sí ☐ No

Firma del Padre de Familia/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### **Padre/tutor: complete esta sección para medicamentos de venta libre administrados durante menos de 10 días consecutivos.**

**\*\*\*El médico debe completar y firmar esta sección para todos los medicamentos recetados y de venta libre administrados durante más de 10 días consecutivos.**

Nombre del Medicamento/Procedimiento \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Dosis: \_\_\_\_\_ Programada: ☐ PRN: ☐  
 Hora: \_\_\_\_\_ Vía (oral, inyección, etc.) \_\_\_\_\_  
 Objetivo de este Medicamento/ Procedimiento: \_\_\_\_\_

Esta solicitud es válida desde (fechas): \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Posibles efectos secundarios/comentarios: \_\_\_\_\_

☐ Examen de visión y audición que se incluirá en el plan de atención

Nombre del proveedor (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Firma del Proveedor: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono del Proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección del Proveedor: \_\_\_\_\_

Número NPI del Proveedor: \_\_\_\_\_

**\*\*\*Los medicamentos recetados deben estar en el envase original de la farmacia. Solo se seguirán las instrucciones de dosis y horarios de administración escritas en el envase o recibidas del médico/proveedor. Todos los medicamentos recetados requieren la firma del médico/proveedor. Todos los medicamentos de venta libre administrados durante más de 10 días consecutivos requerirán la firma del médico/proveedor. Los padres son responsables de recoger personalmente de la escuela cualquier porción no utilizada del medicamento dentro de una semana después de la fecha de vencimiento del medicamento y/o de la orden del médico. Los medicamentos que no sean recogidos personalmente por el padre/tutor serán destruidos.**