Machine Translated by Google



# Formulario de Permiso para Medicamentos con Receta o de Venta Libre

Escuela: _____ Fecha de recepción del formulario por la escuela: _____

Nombre del estudiante: _____ Calificación: _____ Aula/Salón de clases: _____

Edad del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO O PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PARA RECETA Y MEDICAMENTOS SIN RECETA (OTC)

Nombre del medicamento: _____ Motivo de la medicación: _____

Forma del medicamento/tratamiento: Tableta/cápsula Líquido Inhalador Inyección Nebulizador Otro _____

Describa el horario y la dosis a administrar en la escuela: _____

Fecha de inicio: fecha de recepción del formulario Otro, según se especifique: _____

Fecha de finalización: solo para eventos episódicos/de emergencia fin del año escolar Otra fecha/duración: _____

Requisitos especiales de almacenamiento: Ninguno Refrigerar Otro _____

Restricciones y/o efectos secundarios importantes: Sin restricciones/efectos secundarios Sí. Por favor describa:

_____

NOTA: En caso de que se notifique al Director o persona designada sobre la posibilidad de una reacción adversa o extrema a un medicamento, deberá informar al maestro(s) del estudiante sobre dicha posibilidad antes de que el estudiante comience el programa de medicación.

De conformidad con KRS 158.832 a 158.836, las Escuelas del Condado de Scott permiten que un estudiante posea y se autoadministre medicamentos para el asma, la diabetes o la anafilaxia en la escuela y en funciones relacionadas con la escuela una vez que el padre/tutor y el médico del estudiante completen la siguiente información y el padre/tutor exima de responsabilidad.

Se le ha instruido al estudiante en la autoadministración del medicamento que se completará para reacciones asmáticas, diabéticas o alérgicas graves (anafilaxia) SOLAMENTE: No Se requiere supervisión No se requiere supervisión

El estudiante debe llevar este medicamento consigo: No Sí

Por favor indique información adicional: En el reverso de este formulario Como archivo adjunto

_____ _____
Firma del médico/proveedor de atención médica Fecha

_____ _____
Firma del padre/tutor Fecha

Nombre del médico/proveedor de atención médica: _____

DIRECCIÓN: _____

Teléfono #: _____ Número de fax: _____

A la escuela: Informe inquietudes sobre medicamentos o la condición del estudiante al médico/proveedor de atención médica mencionado anteriormente.

PERSONAL ESCOLAR: ASEGÚRESE DE QUE LA PÁGINA 2 DE ESTE FORMULARIO TAMBIÉN ESTÉ COMPLETADA.

Machine Translated by Google



# Formulario de Permiso para Medicamentos con Receta o de Venta Libre

PARA TODOS LOS MEDICAMENTOS

Doy permiso para _____ recibir los medicamentos mencionados anteriormente en la escuela de acuerdo
Nombre del estudiante

De acuerdo con la política escolar estándar, eximo expresamente de toda responsabilidad a la escuela, sus empleados y agentes, y renuncio a cualquier responsabilidad en relación con cualquier lesión o reacción derivada de la administración del medicamento mencionado, a menos que sea consecuencia de negligencia o mala conducta de la escuela o sus empleados. En cuanto a la medicación continua, entiendo que tengo la responsabilidad final de proporcionar a la escuela un suministro adecuado de medicamentos para que se puedan seguir las indicaciones de un médico o profesional de la salud.

Fecha: _____ Firma: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono de emergencia _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE LA ESCUELA

Yo/Nosotros reconocemos haber recibido la declaración y autorización anteriores.

Administrador/designado _____ Fecha _____