



Autorización para la administración de medicamentos por parte del personal escolar

Estudiante correcto	Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
Medicamento correcto	Nombre del medicamento:	
Dosis correcta	Dosis del medicamento [en miligramos o unidades, por ejemplo, no "1 pastilla"] (Cuanto):	
Motivo correcto	Motivo del medicamento (por qué se necesita el medicamento):	
Vía correcta	Vía de administración del medicamento: <input type="checkbox"/> Oral (por la boca) <input type="checkbox"/> Cutáneo (piel) <input type="checkbox"/> Inhalado <input type="checkbox"/> Ótico (oídos) <input type="checkbox"/> Ocular (ojos) <input type="checkbox"/> Nasal (nariz) <input type="checkbox"/> Sublingual (debajo de la lengua) <input type="checkbox"/> Bucal (en la mejilla) <input type="checkbox"/> Transdérmico (parche)	
	Autorización por separado para procedimientos asociados: <input type="checkbox"/> Nebulizado <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Inyectable	
Hora correcta	Medicación diaria - hora a administrar:	
	Frecuencia de medicación (con qué frecuencia):	Duración de la medicación (cuánto tiempo):
	<input type="checkbox"/> Medicamentos según sean necesarios: (condiciones bajo las cuales se debe administrar el medicamento):	
Prescripción	Consistente con: <input type="checkbox"/> Etiqueta de receta de farmacia <input type="checkbox"/> Orden escrita del proveedor de atención médica	
Sin prescripción	Consistente con: <input type="checkbox"/> Etiqueta del medicamento preparado comercialmente	
Autoadministración de medicamentos	<input type="checkbox"/> Por favor permita que mi estudiante lleve consigo y/o se auto-administre este medicamento (Complete el <i>Acuerdo de autoadministración de medicamentos por el estudiante</i> al dorso de este formulario)	
Autorización	<i>Por la presente doy mi permiso al distrito escolar y a los empleados designados y capacitados para administrar el medicamento anterior a mi hijo/a durante el día escolar y durante las actividades patrocinadas por la escuela. Entiendo que es mi responsabilidad reabastecer el medicamento y proporcionarle a la escuela una nueva autorización de medicamento firmada y una actualización por escrito de cualquier cambio en el medicamento antes de que las actualizaciones entren en vigencia.</i>	
	Firma de los Padres/Apoderado:	Fecha:
School Staff (Initial)	_____ Form completed/correct _____ Inventory _____ Referral to RN	_____ Medication received as required _____ Medication Administration Record

Los medicamentos administrados en la escuela deben ser necesarios para que el estudiante permanezca en la escuela y solo pueden administrarse exactamente según lo recetado o según lo designado en el envase comercial [OAR 581-021-0037]. La autorización escrita de los padres/apoderados es un requisito para la administración de medicamentos en el entorno escolar. El padre/apoderado debe traer a la escuela los medicamentos no vencidos, en el envase original, con una receta intacta o una etiqueta comercial. El padre/apoderado debe recoger el medicamento al final del año escolar, o será desechado después del último día de clases.