



Solicitud para administrar medicinas de venta libre en la escuela

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

N.º de identificación del estudiante: _____ Alergias: _____

Nombre de la escuela: _____

Este formulario solo es válido para el ciclo escolar actual. Se debe enviar un nuevo formulario con cada solicitud.

Los Servicios Médicos y de Salud del Distrito Escolar Independiente de Houston exigen lo siguiente:

- Las medicinas de venta libre deben presentarse a la enfermera en su envase original del fabricante, en un recipiente nuevo o sin abrir y sin caducar, y solo se administrarán de acuerdo con las instrucciones del fabricante que sean adecuadas para la edad y el peso del estudiante.
- Una solicitud por escrito para administrar medicinas con fecha del ciclo escolar actual y firmada por los padres o tutores legales u otra persona con autoridad legal sobre el estudiante.
- Los padres o tutores de los estudiantes que soliciten la administración diaria de medicinas durante más de 10 días escolares o que soliciten medicinas con una frecuencia superior a la indicada en las instrucciones del fabricante serán remitidos a su médico para una reevaluación.
- Entiendo que el director puede designar a un miembro del personal del Distrito Escolar Independiente de Houston (HISD) debidamente capacitado para administrar las medicinas.

Mi firma a continuación indica que solicito al personal de HISD o al personal externo contratado que administra las medicinas especificadas a mi hijo, y doy permiso al personal de HISD o al personal externo contratado para que se comuniquen con los padres o tutores para obtener información adicional, si es necesario.

Medicina _____ Potencia _____ Dosis _____

Frecuencia _____ Según sea necesario _____ o hora programada: _____

Fecha de inicio en que se dará: _____ Fecha de finalización en que se dará: _____

Ruta _____ Tipo de unidad _____

Cantidad de píldoras o tabletas _____ Fecha de vencimiento de la medicina _____

Razón por la que el estudiante está recibiendo la medicina: _____

Posibles reacciones o restricciones: _____

Firma de los padres: _____

Teléfono celular: _____ Fecha: _____