



Solicitud de administración de medicamentos recetados por parte del personal escolar

(no debe usarse con epinefrina, inhaladores o medicamentos anticonvulsivos)

Request for Administration of Prescription Medication by School Personnel

(not to be used for Epinephrine, Inhalers, or Seizure Medications)

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Escuela/Grado/Maestro: _____

- El médico del estudiante, con licencia en el estado de Ohio, debe completar y firmar la Sección I de esta forma cada año escolar.
- El padre/guardián legal debe completar y firmar la Sección II de esta forma cada año escolar.
- La forma completada debe estar en el expediente de salud del estudiante antes de que el medicamento, con receta o sin receta, sea administrado por el personal de la escuela. **Se requiere una forma separada por cada medicamento.**
- El medicamento debe estar en su envase original proporcionado por el médico, farmacéutico o fabricante y será almacenado en la clínica de la escuela.

I. Prescriber's Section Sección del prescriptor

Prescriber's name/title (printed): _____ Phone: _____

This is to certify that the student named above is under my care and should receive the following medication at the following times during the school day:

Medication name and strength	
Dose	
Route	
Time (during school or school activity)	
Severe adverse reactions to be reported to prescriber	
Special instructions for administration	
Possible side effects	
Special storage instructions	
Starting & ending date of this request	Start _____ End _____

Prescriber's signature/title: _____ Date: _____

Address: _____ Emergency contact #: _____

II. Sección del Padre/Guardián Legal

Por la presente solicito y doy mi permiso al personal del distrito escolar para que administre este medicamento recetado a mi hijo(a) de acuerdo con las órdenes escritas específicas de nuestro proveedor médico. Por la presente libero a los empleados escolares y a la Junta de Educación de responsabilidad por daños, enfermedades o lesiones que resulten de realizar o no realizar cualquier asistencia solicitada.

Soy responsable de entregar este medicamento a la clínica de la escuela y notificaré a la escuela inmediatamente si cambiamos de médico o si necesitamos que este medicamento sea discontinuado.

Estoy de acuerdo en presentar una *Solicitud revisada para la Administración de Medicamentos con Receta por parte del Personal Escolar* (forma 5330 F1) si se realiza algún cambio al medicamento anterior.

Entiendo que este medicamento solo puede ser administrado a mi hijo(a) por la enfermera de la escuela o por mí hasta que el personal sin licencia médica de la escuela de mi hijo haya completado la capacitación requerida por el Distrito. En ausencia de una persona con licencia médica, como una enfermera escolar, solo el personal designado y capacitado está autorizado a realizar esta tarea.

Si este medicamento es requerido para actividades extracurriculares, acepto proporcionar una dosis separada al personal escolar que supervisa las actividades extracurriculares de mi hijo(a).

Doy mi consentimiento para la comunicación entre el doctor o clínica que prescribe, la enfermera escolar, el asesor médico de la escuela y los proveedores de la clínica de salud de la escuela como sea necesario para el control médico.

Firma del Padre/Guardián Legal: _____ Fecha: _____

Dirección : _____ Teléfono durante el día: _____

