Distrito Escolar Público de Green Bay
Formulario de Autorización de Medicamentos para Padres/Tutores/Médicos

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:
El formulario debe usarse para un solo medicamento.
Todas las porciones del medicamento deben completarse antes de que el personal del distrito escolar pueda administrarlo. El formulario debe completarse por completo o se devolverá y no se administrará el medicamento.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Año escolar: _____

Médico/a: _____ Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____ Horario/Frecuencia: _____

INHALADORES PARA EL ASMA: *Mi estudiante es capaz de autoadministrarse y puede llevar un inhalador por sí mismo.* **Sí o no**
EPI PENS SOLAMENTE: *Mi estudiante puede traer consigo mismo su epi-pen* **Sí o no**

¿Se debe llevar/enviar este medicamento en las excursiones? **Sí**_____ **No**_____
He revisado las instrucciones de dosificación y administración de medicamento con mi hijo(a), y le doy permiso a mi hijo(a) para que lleve consigo mismo y se administre este medicamento por su cuenta sin supervisión en las excursiones ***(solo para estudiantes de secundaria (High School) y para sustancias no controladas).***

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/TUTOR(A):
Complete para TODOS los medicamentos/procedimientos en la escuela.

Solicito y autorizo que el personal de la escuela administre este medicamento o realice este procedimiento en la escuela.
Proporcionaré el medicamento en su envase original, actualizado y debidamente etiquetado.
Si los medicamentos son para una excursión, enviaré solo la cantidad que se necesitará durante la duración de la excursión/campamento.
Esta autorización es para todo el año escolar a menos que se indique lo contrario.
Obtendré una nueva orden médica/receta y notificaré a la escuela por escrito sobre cualquier cambio en los medicamentos.
Autorizo a la enfermera/o de la escuela a intercambiar información verbalmente o por escrito con el médico(a) de mi hijo con respecto a este medicamento/procedimiento o condiciones para las que se receta.
Entiendo que todos los medicamentos deben ser transportados hacia y desde la escuela por el padre/tutor.
Entiendo que el personal escolar sin licencia médica administrará medicamentos, realizará procedimientos y completará los recuentos de medicamentos de rutina.
Estoy de acuerdo eximir de responsabilidad al Distrito Escolar Público del Área de Green Bay, a sus empleados y agentes que actúen dentro del alcance de sus funciones ante cualquier reclamo que surja de la administración de este medicamento en la escuela.
Mi firma indica que he leído y entendido completamente la información anterior.

Firma del Padre/Tutor: _____ ***Fecha:*** _____ ***Número de teléfono:*** _____

AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO(A):

Complete por todos y cada uno de los medicamentos de venta libre que excedan la dosis recomendada en el empaque, todos los medicamentos recetados y todos los suplementos herbales o dietéticos*. Requeridos para tratamientos o procedimientos que deben realizarse en la escuela. El/los medicamento(s) anterior(es) debe(n) administrarse durante la jornada escolar. Entiendo que el medicamento/tratamiento será administrado por personal sin licencia médica que haya sido capacitado para hacerlo. Enviare instrucciones adicionales por escrito de mi parte si el medicamento se va a suspender o si se cambia la dosis o el horario de administración de estas instrucciones.*

Posibles síntomas/efectos secundarios del medicamento: _____
Por favor, póngase en contacto conmigo si se presentan los siguientes síntomas: _____

INHALADOR PARA EL ASMA**:** *Este estudiante es capaz de autoadministrarse y puede llevar inhalador a/en la escuela.* **SI o NO**
EPI PEN: *El estudiante puede llevar consigo mismo el epi-pen en la escuela.* **SI o NO**
EXCURSIONES ** Certifico que el estudiante mencionado anteriormente ha sido instruido, y puede llevar y autoadministrarse este medicamento recetado, suplemento en excursiones (solo escuela secundaria (high school), sustancias no controladas).* **SI o NO**

Firma del médico(a) (sin sello): _____ Fecha: _____