

PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS



Antes de que las enfermeras escolares administren cualquier medicamento, la oficina de salud deberá tener archivado un Formulario de Autorización de Medicamentos para el estudiante involucrado, preparado por el prescriptor autorizado que atiende al estudiante de conformidad con el Manasquan procedimientos del Distrito Escolar, y firmados por el padre/tutor del estudiante.

Siempre que sea posible, el padre/tutor debe planificar que los medicamentos se administren en casa, antes y/o después del horario escolar. En situaciones en las que la salud de un estudiante podría verse comprometida por no recibir medicamentos durante el horario escolar, se deben seguir los procedimientos del distrito escolar para administrar todos los medicamentos.

1. Los medicamentos se definen como medicamentos recetados o de venta libre (de venta libre), incluidas las vitaminas y los suplementos.
2. La administración de cualquier medicamento requiere tanto la orden escrita de un médico como el permiso firmado por los padres.
3. Los medicamentos recetados deben estar en un envase etiquetado por una farmacia o un médico. Los medicamentos de venta libre deben estar en su envase original, sellados y sin abrir con la etiqueta del fabricante, claramente marcados con el nombre del estudiante.
4. Es responsabilidad de los padres/tutores llevar el medicamento a la escuela.
5. Todos los medicamentos que se tomen durante el horario escolar se guardarán en la oficina de la enfermera escolar. Es responsabilidad del estudiante presentarse en la oficina de la enfermera en el momento adecuado para recibir su medicamento. A los estudiantes se les permite llevar y autoadministrarse medicamentos para el asma o pueden usar un autoinyector de epinefrina para la anafilaxia solo después de que se notifique a la escuela, el padre/tutor y el médico del estudiante hayan firmado el Formulario de autorización de medicamentos y haya sido aprobado por nuestro médico escolar.
6. El padre/tutor debe asumir la responsabilidad de informar a la escuela, por escrito, de cualquier cambio en la salud del estudiante o cambio en la medicación. Cualquier cambio de medicamento debe ir acompañado de una orden médica.
7. Los medicamentos deben ser recogidos por un padre/tutor en o antes del último día de clases. Los medicamentos que no se recojan serán desechados. La autorización de medicamentos debe renovarse, si es necesario, cada año escolar.
8. El distrito escolar no puede dispensar medicamentos sin que el Formulario de Autorización de Medicamentos haya sido recibido, revisado y aprobado. Es aconsejable completarlo y enviarlo por correo a la Oficina de la Enfermera Escolar en agosto para el próximo año escolar.

Tenga en cuenta: Cualquier información que falte en el Formulario de Autorización de Medicamentos lo dejará incompleto y será devuelto al padre/tutor para su corrección, lo que puede retrasar la implementación de un plan de tratamiento farmacológico



MANASQUAN SCHOOL DISTRICT

Si es necesario, debe ser completado y firmado por el padre/tutor y el médico y devuelto a la escuela. Tenga en cuenta: Las plumas episcópicas y los inhaladores deben ir acompañados de un Plan de Acción de Emergencia, que se puede encontrar en nuestro sitio web de Servicios de Salud.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Sexo: _____

Domicilio: _____

Nombre del padre/tutor: _____

de contacto: _____

Solicito (nosotros) autorización y consentimiento para que la enfermera de la escuela administre medicamentos a mi hijo, mientras está en la escuela, según lo prescrito por nuestro médico privado. Por la presente, el BOE de Manasquan informa a los padres del niño mencionado que el distrito no incurrirá en responsabilidad como resultado de ninguna lesión por automedicación. Por la presente firmo que he leído la declaración anterior y eximiré de responsabilidad a la MBOE contra cualquier lesión o reclamo que surja como resultado de la autoadministración de mi hijo.

Firmado _____ Date _____

SIGN HERE

A SER LLENADO POR EL MÉDICO (TO BE FILLED OUT BY PHYSICIAN)

Diagnosis: _____ Name of Medication: _____

Dosage, Form & Time: _____

If given prn, describe indications: _____ When can it be repeated? _____

Significant side effects include: _____

Is this medication for a life-threatening illness? _____ Is the child authorized to self-administer? _____

Has the child been trained by the healthcare provider? _____

Length of time this order is valid (may NOT exceed school year): _____

Physician's Signature: _____ Date: _____

SIGN HERE

Physician's Stamp:

APROBACIÓN DEL MÉDICO DE LA ESCUELA (APPROVAL OF SCHOOL PHYSICIAN)

I have reviewed the above request and authorize the school nurse to administer the prescribed medication as ordered during school hours.

School Physician's Signature _____ Date: _____