

Date Medication Received: _____ Lot # _____ Exp Date: _____

| | | | | |
|--|--|--|---|--------------------|
|  | | <h1>Permiso para Mediar/Procedimiento</h1> <h2>Permission for Medication/Procedure</h2> | | |
| Nombre Name: | | F de Nac. DOB: | Grado Grade: | Maestro Teacher: |
| Medicacion/Procedimiento (uno por formulario) Medication/Procedure (one per form): | | Dosis Dosage: | | Via Route: |
| Proposito de medicacion/Procedimiento Purpose of Medication/Procedure: | | Frecuencia Frequency: | Alergias Allergies: | |
| Posibles efectos colaterales Possible Side Effects: | | Diagnóstico médico Medical Diagnosis: | | ICD-10 ICD-10: |
| El medicamento es controlado? Is medication controlled? <input type="checkbox"/> Si Yes <input type="checkbox"/> No | | Hora del día de medicación/procedimiento en la escuela Time of day medication/procedure to be administered at school: | | |
| Aviso de almacenaje especial requerido Note any special storage requirements: <input type="checkbox"/> Refrigerar Refrigerate <input type="checkbox"/> Otro Other: _____ | | Estimado numero de dias de medicación en escuela Anticipated number of days medications needs to be given at school: <input type="checkbox"/> Hasta fin del año escolar vigente Until end of current school year <input type="checkbox"/> _____ semanas weeks <input type="checkbox"/> _____ dias days | | |
| Firma del Medico Signature of Physician: | | | Fecha Date: | |
| Imprima o escribe nombre del Medico Type or Print Name of Physician: | | | Telefono de consultorio Office Phone: | |
| | | | Fax de oficina Office Fax: | |
| <p>Yo autorizo para que mi niño/a nombrado/a arriba reciba la medicina indicada arriba/procedimiento. Autorizo a la enfermera escolar, el director, o su asignado (quien puede no ser personal de enfermería) a ayudar con la medicación/procedimiento. Se mantendrá un expediente de los entrenados en el expediente por la enfermera escolar. Entiendo que es mi responsabilidad proveer cualquier medicina y/o suministros requeridos por mi niño/a durante la escuela o actividades escolares. Autorizo a la enfermera o administrador escolar a comunicarse con el proveedor de la salud nombrado arriba, el farmacista que dio la receta y/o sus asignados para discutir esta medicina/procedimiento y la salud de mi niño/a. Yo autorizo a que la "Autorizacion de medicación/Procedimiento" sea aplicable si transfiero a mi niño/a a otra escuela en este mismo distrito escolar durante el mismo año escolar. Entiendo que la escuela requiere que yo este de acuerdo con las reglas del distrito sobre medicación/procedimientos antes de poder dar el medicamento/procedimiento en la escuela. Tanto el distrito escolar o su personal no serán responsables por la ocurrencia de cualquier reacción adversa a la droga cuando el medicamento/procedimiento ha sido dado/ejecutado en la forma prescrita arriba. Entiendo que soy responsable de notificar a la escuela si la medicación/procedimiento de mi niño/a ha sido cambiado en cualquier forma.</p> <p><i>Su niño/a puede calificar para un Plan de Salud Individualizado (IHP). La enfermera escolar escribira este plan para su niño/a basándose en las órdenes médicas. Si usted no desea que su estudiante tenga un IHP por favor comuníquese con la enferma de la escuela de su niño/a. Si su niño/a viaja en transporte escolar y desea que su medicina de emergencia lo/a acompañe y el conductor sea entrenado en este medicamento póngase en contacto con la enfermera del escuela de su hijo.</i></p> <p><i>El distrito escolar y sus empleados y agentes no son responsables de una lesión que surja de la administración de medicamentos autorizada por un IHP. El padre/tutor indemnizará y mantendrá indemne al distrito y sus empleados y agentes contra una reclamación derivada de la administración de medicamentos autorizados por un IHP.</i></p> | | <p>I give permission for my child who is listed above to be given the above medication/procedure. I authorize the school nurse, the principal, or his/her designee (who may be non-nursing personnel) to assist with the medication/procedure. A record of the trainees will be kept on file by the school nurse. I understand that it is my responsibility to provide any medication and/or supplies that my child may need during school or school related activities. I give permission for the school nurse or school administrator to contact the health care provider named above, the pharmacist who filled the prescription and/or their designated employees to discuss this medication/procedure and my child's health. I give permission for the "Permission for Medication/Procedure" form to apply if I transfer my child to another school in this same school district during this same school year. I understand that the school may require that I agree to the school district rules about medications/procedures before the medicine/procedure may be given at school. Neither the school district nor its personnel will be responsible for the occurrence of any adverse drug reaction when the medication/procedure has been given/performed in the manner prescribed above. I understand that I am responsible for notifying the school if my child's medications/procedure changes in any way.</p> <p><i>Your child may qualify for an Individualized Healthcare Plan (IHP). The school nurse will be writing this plan for your child based on medical orders. If you do not want your child to have an IHP, please contact your child's school nurse. If your child rides a bus and you would like his/her emergency medication on the bus and the bus driver trained for this medication, please contact your child's school nurse.</i></p> <p><i>The school district and its employees and agents are not liable for an injury arising from administration of medication authorized by an IHP. The parent/guardian shall indemnify and hold harmless the district and its employees and agents against a claim arising from administration of medication authorized by an IHP.</i></p> | | |
| Firma del padre/tutor Signature of Parent/Guardian: | | Número de teléfono diurno Daytime Phone Number: | | Fecha Date: |