

Advanced Math and Science Academy Charter School Permiso para padres/tutores/Plan de administración de medicamentos (MAP) 2025-26 Estudiante:

_____ Fecha de nacimiento: _____

Grado: _____ Nombre del prescriptor autorizado: _____

Número de teléfono: _____ contacto de emergencia;

Nombre/Número: _____ Padre/Tutor

Nombre: _____ Teléfono de la

casa: _____ Teléfono

celular: _____ Padre/Tutor Nombre:

_____ Teléfono

celular: _____ Nombre del medicamento:

_____ Fecha de la orden médica (recibida

después del 1 de julio de 2025) _____ Diagnóstico:

_____ Duración de la medicación

(fecha de inicio / fecha de finalización): _____ Posibles efectos secundarios /

reacciones adversas - Planifique para monitorear al estudiante después de la

administración si es necesario: _____

Alergias a alimentos o medicamentos: () Sí () No Especifique la alergia:

_____ Otros

medicamentos / suplementos / hierbas que esté tomando el estudiante (si no viola

confidencialidad): _____ Lugar donde se realizará la

administración de medicamentos; () Oficina de Salud () Otros;

_____ Autoadministrado (solo para insulina, enzimas alimentarias,

EpiPen, inhalador) () Sí () No _____ () Entiendo que un padre / tutor debe dejar el

medicamento a la enfermera de la escuela y un suministro de 30 días es el máximo que se

puede almacenar en la escuela. Debe estar en él el frasco original de Farmacia con la

etiqueta adecuada. () Doy permiso a la enfermera de la escuela para administrar el

medicamento anterior a mi hijo. () Doy permiso a la enfermera de la escuela para

compartir con el personal escolar apropiado la información relacionada con el

medicamento recetado según se considere necesario para la salud y seguridad de mi hijo.

() Solicito que mi hijo reciba su medicamento en la escuela antes de la salida en los días

de salida temprana. (Aprox. 11:07 am) () Sí () No () Solicito que mi hijo reciba su

medicamento en las excursiones **** Tenga en cuenta que una enfermera no siempre está

disponible para una excursión ¿Los padres asistirán si no hay una enfermera disponible? (

) Sí () No ; El estudiante puede recibir medicamentos a su regreso () Sí () No () hacer otros

arrangements _____ () Entiendo que para que se suspenda este medicamento necesito

una nota médica actualizada del proveedor del estudiante. Tenga en cuenta que no hay

disponibilidad para la administración de medicamentos durante las actividades

extracurriculares, aparte de que el personal esté capacitado para la administración de EpiPen. Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

_____ Firma del estudiante (si corresponde):
_____ Fecha: _____

SOLO PARA USO EN LA OFICINA DE SALUD: Firma de la enfermera escolar:
_____ Fecha: _____

Fecha de recepción de la orden médica: _____ Cantidad de medicamento recibida y fecha: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Hora específica: _____ Vía de administración: _____ Fecha de vencimiento: _____ Condiciones de almacenamiento requeridas: () Desbloqueado (EpiPen, Inhalador, suministros para diabéticos (Baqsimi, Glucagon, Carbs), Enzimas de fibrosis quística () Gabinete cerrado (Valtoco/Diastat, ADHD, Rx Meds & OTC) () Refrigerador cerrado en noche/desbloqueado durante el horario escolar (Insulina) () Otro: _____ Eliminación de medicamentos: () Terminado () Devuelto a los padres/tutores () Entregado al estudiante de enfermería Sig.: _____ Fecha: _____ () Desechado- Testigo:

___ Fecha: _____ Editado el 6/3/25 MGW ** Se pueden adjuntar pedidos de medicamentos a este formulario